Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

**Redakcyja:** Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:** Ulica Sienna Nr. 14.

**Ekspedycyja miejscowa:** w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*; nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | 8 złr. 80 c. | 6 rsr. | 16 mk. | 24 fr. |
| | Półrocznie | 4 „ 40 „ | 3 „ | 8 „ | 12 „ |
| | Kwartalnie | 2 „ 20 „ | 1½ „ | 4 „ | 6 „ |

Kraków, 2 lutego 1884. № 5. Rok XXIII.



## I. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

## Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.

Historyja i literatura. Wiadomość, że kiła może wywołać sprawy chorobowe w stawach, również jak i dokładniejsza znajomość kiły saméj, datuje się od drugiéj połowy 15go stulecia. Tak znajdujemy u Piotra Martyra w jego 68ym liście do Ariusza Luzytana następujący ustęp: *In peculiarem te nostrae tempestatis morbum, qui appellatione Hispana Bubarum dicitur (a Italis morbus gallicus, medicorum Elephantiam alii, alii aliter appellant) incidisse praecipitem, libero ad me scribis pede. Lugubri autem elogo calamitatem, aerumnasque gemis tuas, articulorum impedimentum, internodiorum hebetudinem, juncturarumque omnium dolores internos esse proclamas, ulcerum et oris foeditatem superadditam promis eloquentia, conquereris, lamentaris, deploras...... (Petri Martyris Anglerii Mediolanensis, Epist. LXVIII. Ario Lusitanno, Graecas Litteras Salamonice profitentio, valetudinario 1488).* Następujący pisarze: Alphonsus Ferrus (*De morbo gallico 1537. Aphrodisiacus S. 443)* Angerius Ferrerius (*1553. De Pudendagra. Aphrod. S. 924* wspominają o bólach w stawach, jako o częstym objawie dawniejszéj kiły. Thiérry de Héry *(1552. La méthode curatoire de la maladie vénérienne, Paris 1552)* zalicza bóle w stawach do *„Symptomes suivantes"*. U Gabryjela Fallopii *(1555. De morbo gallico, Aphrodis. S. 825)* czytamy: *„Cap. XCIV. De dolore articulorum. Peculiare et maximum est symptoma in morbo gallico dolor articulorum ..... hic dolor die quiescit, noctu, vel ante coenam, vel post coenam solet excruciare, et insomnes reddere homines; dolor est pungens, quasi distendens et lacerans ..... pungunt isti dolores, quia fiunt circa periostia: solent esse cum tumore et sine tumore: de his, qui sunt cum tumore, tractabo, quum de gummis agam*; daléj w następnym rozdziale XCV. *De gummatibus gallicis... verum accidit, ut post dolores, vel cum doloribus tumores infestent circa articulos, internodia ..... loca sunt ligamenta articulorum, corpora ossium, periostia in quibus tumores dolorosissimi sunt.* Również Francescus Frizimelica (*1558 De morbo gallico. Aphrod. s. 994*), Bernardinus Tomitannus (*1563. De morbo gallico. Aphrod. s. 1031* i *1102*), Alex. Traj. Petronius (*1565 de morbo gallico. Aphrod. s. 1343)*, Levinus Lemnius (1574) podają bóle w stawach, jako częsty objaw kiły wrodzonéj, kładąc nacisk na nocne nasilenia tychże i omawiają leczenie. Dalla Croce (1583) wspomina, że bóle z nabrzmieniem, albo bez nabrzmienia stawów pojawiają się u kiłowych. W podobny sposób wyraża się Wiesemann (1679) i Astruc (1754. *Traité des malad. vénér. IV)*.

U Morgagniego *(De sedibus et causis morborum, Pataviae*, 1765) czytamy w 58ym liście: *(de Lue venerea Art. 4 et 5)* następujące spostrzeżenie: *Mulier, quae annum exegerat quinquagesimum, dolor obortus est ad maxillam inferiorem, cum multi interdum sanguinis fluxu adeo, ut candenti ferro admoto hunc compescere cogitarent, ni per se tandem desiisset. Brevi post tempore dolores ad ossa vexare mulierem coeperunt: quos cum diu pertulisset, incepit, quotiescunque movebatur, queri, omnia sibi ossa frangi*; *et sane qui aderant, tunc crepitum ad articulos audiebant. Ad haec illud postea accessit, ut inferiorum artuum ossa flecti coeperint, quasi essent cerea, et ad levem etiam motum dolere. Mortuae demum inventa sunt ossa innominata, femoris, tibiae, et quae cranii fornicem efficiunt, non secus, ac si ex crassiore papyro essent, flexibilia: superficie autem spongiosa erant*; *ad meditullium vero quibusdam locis cariosa. 5. Unde sanguis ille multus proflueret, cujus initio historiae fit mentio, Valsalva scribere praetermisit. Accepi autem ego ab iis, qui cum ipso olim mulierem et viventem et mortuam viderant, abscessum*

*huic fuisse ad alterum colli latus, ut ex illo fluxisse, conjiciam. Addiderunt iidem, alia quoque ossa quaedam, in quibus et costae nonnullae et pedum ossa flexilia in mortua fuisse, et, tanquam cartilagines, cultrum admisisse: quaecunque autem ossa flectentibus. aut comprimentibus cederent, ea, dum haec fierent, humorem quendam, diluti instar sanguinis, emisisse. Vidi postea et ego illa ossa: nam Valsalva asservaverat; oblonga quidem in arcus modo curvata. ex iis autem quae fecerant cranii fornicem in planum depressa, foeda omnia, etiam quia intime purgari non potuerant calore, et odore, et contrectantium manus unguentia. Sed cum a longo jam tempore asservata essent, nonnulla quae in recentibus atque adeo in cadavere ipso quaesiissem, videre non potui: quae inter illud fuisset, quomodo eorum capita in articulis se haberent, id est minus an magis essent mucilagine inuncta, ob crepitum illum videlicet, qui ad articulos, cum hos aegra moveret, ab assidentibus exaudiebantur; multo autem magis, quomodo se haberent genitales partes in femina, quam lue venerea infectam adeo fuisse, dicebant, ut inde vitium hoc tantum ossium extitisse, non dubitarent.*

Fabre *(1773. Traité des maladies vénériennes)* zna sprawę chorobową w stawach jako skutek kiły i tak się o tém wyraża: *Pareillement si la synovie, qui est separée par les glandes mucilagineuses des articulations, est infectée par le virus, elle peut produire des gonflements et des tumeurs, avec ou sans inflammation et des douleurs plus ou moins vives et lancinantes.*

Dokładniejsze podania o kiłowych cierpieniach w stawach znajdujemy już u Plenka *(1787. Doctrina de morbis venereis. Vienna. s. 114—116). Sunt tumores cysticis similes, qui hinc inde circa articulationes in venereis oriuntur.* I daléj: *Anchylosis venerea est articulationis immobilitas a viru venereo orta. Species sunt: 1. Anchylosis ab hyperostosi. Noscitur tactu ipsius ossis extremi tumidi. 2. Anchylosis a synovia inspissata. Tumor articulationis magis globosus est, nec praecessit tumor inflammatorius, dolens articulationis. 3. Anchylosis a phlogosi ligamentorum. Tumor in suo exordio est dolentissimus, de nocte aliquandum rubens.*

Także Swediaur (r. 1798) mówi o kiłowych bólach mięśni i ścięgien. Louvrier (1809) wspomina o rozmaitych rodzajach chorób członków i stawów: w pochewce ścięgien powstają małe, ledwie dostrzegalne ganglija; stawy stają się bolesnemi już to z nabrzmieniem, już to bez tegoż; tracą ruch albo zupełnie, albo tylko na pewien czas.

Dziwnie nieco w obec tych niewątpliwych podań brzmi twierdzenie Huntera (Rozprawa o wenerycznych chorobach, tłum. niemieckie Dra F. Branissa. Berlin, 1848, str. 760): Żeby kiła nagabywała także stawy, nie przypominam sobie, chociaż wiele reumatycznych dolegliwości tych części rtęcią bywa leczonych i dla tego za weneryczne uchodzą. Babington, uczeń i wydawca dzieła Huntera, czyni tu atoli uwagę następującą: Twierdzenie to jest za ogólne. Zdarzają się niekiedy, choć rzadko, przypadki, w których zapalenie błony maziowéj stawów występuje równocześnie z drugorzędnemi przypadami kiły niewątpliwéj, ze wzrostem przypadów potęguje się i rozdziela, skoro rtęci ze skutkiem użyto i przez to wysypkę i wrzody na szyi poskromiono. W takich przypadkach zapalenie błony maziowéj ma cechę ostrą i jest połączone z pewnym stopniem bólu, napięcia i powierzchownego zaczerwienienia, przez co się dostatecznie odróżnia od chronicznych rodzajów téjże saméj dolegliwości, która pojawia się w ogólnéj chérze, bez względu na to czy została wywołaną jadowitém działaniem rtęci, czy téż kiłą samą, jeżeli jéj pozwolono dość długo trwać, aby wszystkie dla odżywienia i utrzymania zdrowia potrzebne funkcyje w nieład wprowadzić, a pacyjent przychodzi do takiego stanu, który ma bardzo wielkie podobieństwo do zołz. Do tego zapatrywania Babingtona przyłącza się wielu autorów.

James Russel (1817) przypuszcza możliwość, że kiła wywołuje nacieki do stawów. Tego zapatrywania jest także Wendt (1827): Gdzie jako następstwo kiły zjadliwéj albo zaniedbanego leczenia zniszczenie w kościach dochodzi do ostatecznego rozwoju i gdzie się ten wysoki stopień zniszczenia objawia skostnieniem stawów, albo chorobliwém zmiękczeniem kości, tam nie można myśleć o ukończeniu leczenia. Także Handschuh (1831) przypuszcza siedzibę kiły w stawach: Najrzadziéj zajmuje zapalenie nasady kości albo stawy, ich więzadła i ścięgna, które się tamże uczepiają, jak i ich pochewki. Pomiędzy stawami znowu najrzadziéj bywają dotknięte stawy: biodrowy, ramieniowy i nadgarstkowy, mniéj stawy: łopatkowy, kolanowy i goleniostopowy. Te zapalenia są najbardziéj podobne do zapaleń dnawych i gośćcowych. Następuje znów kilku autorów, których imiona bardzo słyną w historyi naszego specyjalnego zawodu i którzy, jeżeli nie zaprzeczają pojawianiu się cierpień w stawach, wywodzą je jednak od innych przyczyn. Do tych należy Colles (1839): „bo skoro się ten nowy rodzaj choroby (*Ecthyma* i *Rupia*) wytworzył, zaczyna zdrowie cierpieć, powstaje znaczna, trawiąca gorączka; wkrótce potém występują przeszywające bóle w członkach a niekiedy obrzmienie małych kości i stawów przedstopia i śródstopia albo nadgarstka i śródręcza“ a str. 188: Często są zajęte większe stawy u chorych dotkniętych kiłą drugorzędną. Te choroby stawów nie zasługują na miano objawów czystokiłowych; przynajmniéj mogę sobie tylko przypomnieć, żem widział je u chorych, którzy z powodu drugorzędnéj kiły przebyli leczenie rtęciowe, przez co jednak nie została choroba zupełnie usuniętą. Wydzieliny i rozszerzenia błon i torebek maziowych we wielkich stawach pojawiają się często u chorych, którzy cierpią na drugorzędną kiłę. Nie twierdzę, żeby one nie były czystéj natury wenerycznéj, lecz, o ile sobie przypominam, te przypadki, które widziałem, pochodziły, z małemi wyjątkami, od źle zastósowanego leczenia rtęcią. W kilku przypadkach mogło się do tego przyczynić za wielkie natężenie członka. Staw kolanowy i łokciowy cierpią najczęściéj, rzadziéj staw nadgarstkowy; ale jeżeli ostatni cierpi, to daje wiele do czynienia. Chociaż te obrzęki nie należy uważać za czysto kiłowe, to jednak mniéj lub więcéj stoją one w związku z kiłą, ponieważ, jeżeli one oparły się muchom hiszpańskim i wielu innym miejscowym środkom, ustępują późniejszemu rozumnemu leczeniu rtęciowemu. Jak Colles odnosi cierpienia w stawach u kiłowych do chéry rtęciowéj, tak uważa je Ricord (1848. Najnowsze wykłady o kile; tłum. niemieckie Gerharda, str. 92) jako będące w związku z chorobą angielską, zołzami, gośćcem stawowym: „Czy istnieje zwyrodnienie zołzowe stawu? „Według naszych, przez długi szereg lat czynionych poszukiwań i doświadczeń, możemy wypowiedzieć zdanie, że cierpienia kiłowe w stawach, czyli „*Artropatie*“ pojawiają się nadzwyczaj rzadko. Nie wiemy, jak dalece specyjalnie rozszerzono pojęcie o cierpieniach stawów; nie chcemy przeczyć, że u kiłowych cierpienia stawów często się pojawiają. Wierzymy nawet, że kiłowi często doznają dolegliwości w stawach, lecz pytanie, czy te cierpienia stawów należy przypisać je-

dynie kile, lub innemi słowy, czy one tylko komplikacyję przedstawiają. Musimy się mianowicie zapytać, czy te zajęcia stawów, które się natrafia u kiłowych, należy kłaść jedynie, na karb kiły; wątpimy o tém bardzo, gdyż uważamy te cierpienia za bardzo rzadkie. Często można w praktyce napotykać osoby, które cierpią na zakorzenioną kiłę i niejednego rodzaju zwyrodnienia stawów; jeżeli zaś będziemy dokładnie badać, to przekonamy się, że w obec kiły inne jeszcze choroby odgrywały rolę: choroba angielska, zołzy, w późniejszych latach gościec stawowy itd. Jeżeli u niektórych kiłowych wyleczono preparatami rtęciowemi zwyrodnienie zołzowe stawu, to jeszcze nie jest to dowodem kiłowéj przyrody tych obrzęków stawowych. Nie chcemy jednak twierdzić, że nie ma kiłowego zajęcia stawów, twierdzimy tylko, że zwyrodnienie zołzowe stawu, jak je niektórzy autorowie przypuszczają, żadną miarą nie jest udowodnioném. Nasze doświadczenie prowadzi nas do wniosku, że błony surowicze i więzadła ze wszystkich innych tkanin najmniéj kile podlegają."—Bonnet (1847. Choroby stawów, tłum. niemieckie Kruppa, str. 66) mówi: chroniczne zapalenie i zaniedbanie stawów należy do częstych dolegliwości, które kiła może wywołać. U Höldera (1851. *Lehrbuch der vener. Krankheiten*, str. 421) nie ma wzmianki o kiłowych zmianach stawów, ale za to znajdujemy dość szczegółowo omówione zmiany ścięgien. „W nich spostrzega się częściéj zmiany kiłowe niż w mięśniach. Tworzą one tamże ograniczone twarde, okrągławe albo nieregularnie ukształtowane zgrubienia, które tylko z początku wywołują bóle. Są one zazwyczaj samoistne. Obrzmienia te zawdzięczają początek swój wysiękowi, który zrazu jest płynny, zwolna się organizuje a później wywołuje złogi wapienne, wysięk i mieści się jużto w pochewkach ścięgien, już téż to w ścięgnie samém, najczęściéj w pierwszych. Obrzmienie jest bardzo wyraźném, tworzy ono znaczną wyniosłość w przebiegu ścięgien i u najbliżéj skóry położonych ścięgien i błon ścięgnistych, jak np. na dłoni, na stawie nadgarstkowym albo na ścięgnie Achillesa, zrasta się ze skórą, która przestaje być przesuwalną, lecz zazwyczaj prócz lekko pagórkowatych nierówności żadnych dalszych zmian nie okazuje. Jeżeli wysięk znajduje się w istocie w samych ścięgnach, tworzy on okrągławą, po największéj części poruszalną, twardą wyniosłość wielkości włoskiego orzecha. Wysięk rozpościera się pomiędzy pojedyńcze wiązki ścięgna, najbardziéj jednak w środek ścięgien i rozsuwa je krzaczkowato. I tu napotyka się często w późniejszych okresach złogi wapienne. Tylko wyjątkowo wysięk ulega ropieniu, zwykle tylko w początkach, dopóki jest jeszcze płynnym." W podobny sposób wyraża się także Vidal de Cassis (1853. Rozprawa o chorobach wenerycznych, str. 583).

Dokładniejszą znajomość rzeczy zawdzięczamy jednak Richetowi (1853. *Sur les tumeurs blanches. Mémoire de l'Academie imperiale de médecine*, 17 tom). Rozróżnia on dwa rodzaje zmian stawowych: właściwe zapalenie błony maziowéj i zapalenie kończyn stawowych. Co do pierwszego rodzaju, mówi Richet, że jest przekonanym, iż wiele przypadków zapalenia stawów, które się opierają każdemu leczeniu, nie są niczém inném, jak kiłowém zapaleniem błon maziowych. Rozpoznanie jest trudne, często rozwija się sprawa chorobowa, jak puchlina chroniczna, jednak w innych przypadkach wyczuć można guzy i zgrubienie błony maziowéj, bóle są małe, a tylko przy poruszaniu znaczniejsze, wtedy można przypuścić kiłę. Zawsze jednak potrzeba wprzódy sprawdzić kiłę jawną lub utajoną jakotéż skutek leczenia przeciwkiłowego, aby rozpoznanie było pewném. Rokowanie jest względnie dobre, tylko w bardzo zaniedbanych przypadkach następuje upośledzenie ruchów. Objawy te należą atoli według Richeta do ciężkich i późnych przypadków kiły. Sprawa chorobowa zaczyna się ostro od gwałtownych bólów nocnych w stawie i kościach. Wnet następuje obrzmienie stawu, które powstaje nietylko w skutek wysięku do jamy stawowéj, ale także w skutek zgrubienia kończyn stawowych. Jeżeli się go zaniedba, powstaje ropienie, zanik chrząstki, stężenie stawu. Rozpoznanie nie jest łatwe. Brak gorączki i odczynu miejscowego zmuszają nas do wykluczenia gośćca i nacieku zmian na tle zołzów powstałych. W następnym roku dostarczył Brochin (1854. *Quelques mots sur les tumeurs blanches syphilitiques. Gaz. des hôpit.)* dalszych kazuistycznych przyczynków dla poparcia zapatrywania Richeta.

Później niż we Francyi rozpoznano w Niemczech sprawy kiłowe w stawach. Tak znachodzimy o nich u Simona (1855. Kiła, w Virchowa: Patologii i terapii s. 575) tylko krótką wzmiankę: Kiłowe choroby stawów cechują się tak zwanemi obrzmieniami stawowemi, gdyż około stawów tworzą się obrzęki podobne do *„tumores cystici"*, przez wysięk i rozszerzenie błon i torebek maziowych, albo przez zapalenie więzadeł stawowych i stężenie stawów, które może przemienić się w zupełną ankylozę. J Virchow (1859. w XV tomie swego archiwu) nie omawia szczegółowo spraw chorobowych w stawach, i krótką uwagą (s. 64) wskazuje na to, że uważa on kiłę jako przyczynę spraw chorobowych w stawach. Lücke (1867. *Berl. klin. Woch.)* wspomina o zwyrodnieniu zołzowém, utworzoném przez złogi kilakowe jako o zgrubieniu torebki z powiększeniem mazi. (C. d. n.)

---

## II. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. J. Mierzejewski w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

*b)* U niektórych chorych na obłęd pijacki, którzy już cierpią na barwoślep, przewagę bierze jedna barwa, któréj poznanie jest jeszcze utrzymane; u wielu chorych pozbawionych odczuwania barwy zielonéj przemaga w polu widzenia barwa czerwona; przedmioty białe wydają się im czerwonemi; rzecz godna uwagi, że takim osobom i obrazy złudne przedstawiają się w barwie czerwonej, w tym przypadku dopełniającej. Objawy podobne spostrzegano i u histeryczek: jeśli w ich polu widzenia ma przewagę barwa czerwona, to i w omamach ich przemaga toż samo ubarwienie (czerwone ptaki, suknie i t. d.). W takich przypadkach omamy rzucone na zewnątrz i znowu doszłe do świadomości, ulegają prawu optyki, zgodnie z temi brakami widzenia obrazu, którym chory ulega.

Wyżej już powiedziałem, że niektórzy chorzy na obłęd pijacki posiadają zdolność zatrzymywania długiego barwnych powidoków; jeśli takiemu choremu przedstawia się w umyśle jaki złudny obraz i w tym samym czasie na obwodzie ma miejsce pobudzenie nerwu wzrokowego, które pozostawiło silny powidok, to barwa tego powidoku pokrywa obraz złudny, lub tworzy tło dla niego. Pewien wykształcony malarz, chory na obłęd pijacki, mówił mi, że raz wpatrując się podczas swéj choroby w zarzewie kominka, kiedy następnie skierował oczy w inną stronę, ujrzał przesuwające się drżące

obłoki ogniste, a ciemne między niemi przestwory zamieniały się w niekształtne postacie ludzi, kołyszące się i przesuwające wspólnie z obłokami.

Spostrzeżenia Lazarusa nad obrazami przypominanemi[1] mają wielkie podobieństwo do złudzeń ludzi cierpiących na obłąd pijacki. Autor ten pierwszy zwrócił uwagę na okoliczność, że obraz odtworzony w pamięci może schodzić się i zlewać z wrażeniami odczuwanemi w narządach przeznaczonych do odbierania wrażeń zewnętrznych, i że ostatnie nadają obrazom przypominającym pewne ubarwienie i koloryt. Spostrzeżenia te poczynione nad sobą samym Lazarus (*Zur Lehre von den Sinnestäuschungen.* Berlin, 1867, str. 6) tak opisuje:

„Wieczorem pięknego i jasnego dnia po obiedzie usiadłem na balkonie Rigi-Kaltbad wpatrując się w łańcuch szczytów pokrytych lodowcami; usiłowałem dopatrzyć między niemi góry Waldbruder, którą doskonale widziałem przez lunetę, lecz okiem nieuzbrojonem ujrzeć nie mogłem. W ciągu 6 lub 10 minut wysilałem wzrok i mogłem przypatrzeć się, jak barwa gór względnie do cienia zmieniała się, przyjmując odcień fijołkowy, czerwony lub ciemno zielony. W końcu znużony zmieniłem miejsce. Nagle, już nie pamiętam, czy miałem oczy zamknięte, czy otwarte, ujrzałem mego przyjaciela umarłym. Muszę nadmienić, że w przeciągu kilku lat zapisywałem wszystkie widzenia w rodzaju jakiegoś przeczucia, które przedstawiały mi się z szczególną żywością, lecz spieszę dodać, że wszystkie te przeczucia nigdy nie ziściły się, chociaż bardzo niemi byłem przejęty. Mam zwyczaj jako psycholog dociekać źródła tych przeczuć w kierunku odwrotnym, od chwili ich pojawienia się w tym porządku, jak się one układały w mym umyśle. Nieraz powiodło mi się wytłumaczyć przyczynę powstania przeczucia na podstawie biegu doznawanych wrażeń i praw ich kojarzenia.

„Zapytałem siebie, jakim sposobem w przytoczonym przypadku nastąpiło zjawisko nieżywego przyjaciela? Zbadawszy cały łańcuch wrażeń, które przerwały poszukiwania za górą Waldbruderem, dociekłem tego zasadniczego wrażenia, w skutek którego mogło mi przedstawić się zjawisko mego przyjaciela. Lecz dla czego w stanie nieboszczyka? Myśląc tak zakryłem oczy, i naraz ujrzałem wszystkie tylko co widziane przedmioty w tym samym szaro-zielonym kolorze. Wytłumaczywszy w ten sposób przyczynę mego zjawiska, starałem się wywołać obraz innych dobrze mi znanych osób, lecz i one przedstawiły mi się w różnych pozach z tą samą cerą trupią. Nie wszystkie jednak osoby, które widzieć pragnąłem, zjawiły mi się w postaci zupełnie wyraźnéj. Kiedy otwierałem oczy, obrazy widziane albo znikały lub też zacierały się w mnogości wrażeń barwnych. Kiedy w końcu zabrałem się do szczegółowego rozbioru, jak zachowywały się postacie osób do barw przeważających w polu widzenia i jakie były ich kontury, czy twarz wyraźnie różniła się od ubrania i t. d., to pod wpływem téj psychologicznéj pracy całe zjawisko niepowrotnie zniknęło."

Z opisu tego wynika, że obraz wywołany wspomnieniem, powstający w naszym umyśle, zlewa się podług prawa kojarzenia się z pobudzeniem jednoczesném części obwodowéj nerwu wzrokowego, t. j. ze stałym, obfitującym w barwy powidokiem wrażenia wzrokowego, którego barwę, że się tak wyrażę, obraz wywołany wspomnieniem pochłania, przybierając koloryt pochodzący z pobudzenia obwodowego.

U chorego na obłąd pijacki, którego miałem w mojéj pieczy, wrażenie doznawane na skórze zlewało się z omamami i dawało powód do ich umiejscowienia. Pukanie młotkiem po skórze wywoływało u chorego złudzenia słuchowe: zazwyczaj zdawało mu się, że słyszy słowa obelżywe, wychodzące z powierzchni skóry, po któréj pukano młotkiem. Żołnierz, również chory na obłąd pijacki, cierpiał na znaczne złudzenia słuchowe, które zdawały mu się pochodzić z zewnątrz; lecz kiedy choroba powikłała się z zapaleniem otrzewny, złudzenia słuchowe nie ucichły, przeciwnie wzmogły się; zmieniło się tylko miejsce, zkąd głos miał powstawać, gdyż chory ustawicznie go słyszał wychodzącym z swego brzucha. Nie ulega wątpliwości, że i w tym przypadku podrażnienie obwodowe zlewało się z złudzeniami i przyczyniało się do ich umiejscowienia. Oprócz tego pierwsze z powyższych spostrzeżeń naprowadza na myśl, że obwodowe podrażnienie jednego narządu czucia zewnętrznego, jest w stanie wywołać złudzenia w dziedzinie drugiego. Bardzo być może, że doświadczenie Jollyego, który przez galwaniczne podrażnienie nerwu słuchowego wywoływał u cierpiących na omamy słuchowe złudzenia, należy do skutków odruchowego pobudzenia złudzeń, gdyż galwanizując nerw słuchowy niepodobieństwem jest uniknąć podrażnienia i nerwu troistego, które może wywołać złudzenia drogą odruchową, podobnie jak to miało miejsce w moim przypadku przy opukiwaniu skóry młoteczkiem. Że podrażnienie skory jest w stanie wzmocnić złudzenia słuchowe, na dowód posłużyć może spostrzeżenie, które czyniłem u pewnego mecenasa, który podlegał znacznym złudzeniom słuchowym; choremu temu zdawało się ciągle, że słyszy głos śledzących go szpiegów, a jeśli głos ten przycichał i stawał się niewyraźnym, to on pocierał skórę przedramienia i nasłuchiwał, powtarzając kilka razy te zachody. Chory zapewniał, że tym sposobem pomaga sobie do dosłyszenia wyrazów szpiegów, gdyż tarcie przedramienia miało czynić głos ich donośniejszym i wyraźniejszym. Spostrzeżenia te, które stwierdzają, że podrażnienie w zakresie jednego narządu czucia zewnętrznego wywołuje złudzenia w dziedzinie drugiego, przedstawiają pewną analogiję z nieprawidłowościami spostrzeganemi u ludzi zdrowych na umyśle. Bywają osoby, u których w skutek podrażnienia jednego narządu czucia zewnętrznego powstają dwa wrażenia: jedno w zakresie narządu drażnionego, drugie w sferze czucia na pozór zupełnie obcego wpływowi tego podrażnienia. Do téj kategoryi należy znane spostrzeżenie Brühla u dwóch braci Nussbaumerów, którzy słuchając muzyki doświadczali wrażeń wzrokowych, mianowicie barwnych, i pewnym tonom odpowiadały stale pewne barwy. Młodzi ci ludzie nie mogli bywać na koncertach, gdyż wraz z tonami muzyki doświadczali tyle wrażeń barwnych, że to ich nadzwyczaj rozdrażniało. Podobne spostrzeżenia opisali Dr. Pedrona (*Journal de médecine de l'Ouest.* T. XVI, str. 294) i Dr. Baratoux (*Revue mens. d'Otologie* 1883).

Nieraz spostrzegałem, że podczas napadu obłędu pijackiego istnieje możność wywołania złudzeń drogą sztuczną, podobnie jak to ma miejsce w śnie hypnotycznym; jeśli uwagę chorego pochłaniają omamy zmysłowe, a doświadczający dotknie się np. ręką jego piersi i jednocześnie krzyknie, że pająk, żaba itd. pełza po jego piersi, to chory z całą uwagą wpatrzy się w wskazane miejsce, i z wyrazem wstrętu pocznie spychać ręką przedmiot swych złudzeń.

Głównem źródłem obłędu pijackiego są złudzenia; od nich zależy cecha obłędu. Szybkość, z jaką złudne obrazy

zmieniają się, ich rozmaitość, zmienność, trudność zatrzymania ich w samowiedzy, zastanowienia się nad niemi, poddania ich rozwadze, przyczyniają się do tego, że władza myślenia takich chorych nie sięga głęboko, pomysły obłędu pojedyńcze, abstrakcyjne i obłąd systematyczny nie znajduje u nich dogodnych warunków rozwoju; z biegiem czasu kiedy choroba przybiera cechę przewlocznéj psychozy, a złudzenia ograniczają się, obłąd pijacki przyjmuje cechę więcéj jednolitą. Charakter obłędu pijackiego odbija się dosadnie w czynnościach chorych, które cechuje niezastanowienie się i brak związku; są one abstrakcyjne, pojedyńcze, przyrody więcéj odruchowéj i głównie skierowane ku własnéj obronie lub ku ominięciu urojonych niebezpieczeństw. Jak tylko znikną u cierpiących na obłąd pijacki złudzenia, które dają powód do urojeń bezładnie błąkających się w umyśle, ten ostatni odzyskuje swe prawa i żadne urojenie nie zatrzymuje się w pamięci, gdyż powstały one na podstawie tak powierzchownego rozumowania, że wszystkie pierzchną przed wpływem zdrowéj i logicznéj samowiedzy; pozostają tylko wspomnienia ciężkich chwil obłędu, do czego głównie przyczynia się wybitna siła złudzeń, udręczający ich charakter, i następowe silne wzruszenie.

Stan somnambulizmu u alkoholików. Zdarza się, że cały napad obłędu pijackiego składa się tylko z łańcucha sennych widzeń; widzenia te czasem poprzedzają napad obłędu, a bywa że się wyróżniają takiém powikłaném kojarzeniem się i dochodzą do tak wielkiéj siły i natężenia, że zamieniają się w stan mający wszelkie podobieństwo do somnambulizmu. Chory taki znajdując się pod zupełnym wpływem błędnego sądu i urojeń, może wykonywać wiele czynności, mających swój cel wytknięty, lecz czynności te nie przekraczają zazwyczaj zakresu jego zwykłych zajęć; po oprzytomnieniu chory nic nie pamięta o tych czynnościach. Stan ten przypomina stan epilepsyi psychicznéj, lub te krótkotrwałe zaburzenia nerwowe, które poprzedzają napad prawdziwéj epilepsyi lub następują po nim. Taki somnambulizm opilczy czyli jak go nazywa Crothers [1]) opilczy *Trancestate*, może istnieć samodzielnie u nałogowych pijaków bez objawów obłędu pijackiego; czasem zaś, jak mi się to udało spostrzegać, w ślad za podobnemi objawami somnambulizmu następuje napad obłędu opilczego: oba te stany wybitnie różnią się od siebie, a w szczególności tém, że chorzy nie pamiętają, co z niemi działo się w stanie somnambulizmu, natomiast pamiętają silniejsze wrażenia doznane podczas napadu obłędu. Stan somnambulizmu opilczego ma swe znaczenie w stosunkach sądowolekarskich: może się wydarzyć, że alkoholik dokona zbrodni w okresie somnambulicznym, i późniéj nic nie pamięta o tém, co zdziałał; naraz po somnambulizmie nastąpić może napad obłędu pijackiego z cechującemi złudzeniami, które następnie on sobie przypomina; w okresie somnambulizmu chory działa z wytkniętym celem, lecz zapewnia późniéj, że działał bezwiednie; natomiast w okresie napadu obłędu pijackiego wszystkie jego czyny mają cechę pomięszania zmysłów, lecz w pamięci czyny te zostawiły wrażenie i chory o nich pamięta. Dla sędziego niezawodowca rzecz ta wydać się może nieprawdopodobną, lecz w istocie wydarza się ona u niektórych alkoholików cierpiących na obłąd pijacki.

Przypadki podobne nie uszły uwagi takiego doświadczonego spostrzegacza, jakim jest Magnan, lecz badacz ten sądzi, że zdarzają się one tylko u takich alkoholików, którzy cierpią na padaczkę. Magnan utrzymuje, że tylko ostre zatrucie piołunem jest w stanie wywołać napad padaczki u człowieka, który do téj chwili nie był alkoholikiem, zatrucie zaś wyskokiem według niego nie wywołuje padaczki, i jak to udowodnił Dr. Daniłło na zwierzętach, może nawet skrócić napad powstały z zatrucia piołunem. Lecz w alkoholizmie długotrwającym w skutek zmian organicznych mózgowia w postaci zapalenia twardówki lub międzymiąższowego przewlekłego zapalenia mózgu itd. mogą powstać przypady padaczkowate, t. j. kurcze ogólne, nieposiadające wybitnéj cechy istotnéj padaczki. Jest jeszcze jedna kategoryja alkoholików cierpiących na padaczkę, którzy ulegali téj nerwicy, zanim zostali alkoholikami; do tego działu należą chorzy, o których pisał Magnan. Autor ten spostrzegał nader zajmujący fakt istnienia u tego samego chorego epileptyka i alkoholika dwóch rodzajów obłędu: jeden z nich towarzyszy napadowi padaczki, i wcale nie zostawia śladu w umyśle; natomiast zjawiska drugiego rodzaju obłędu, niezależnego od napadu padaczki, chory doskonale sobie przypomina, zarówno z wszystkimi cierpiącymi na obłąd pijacki, którzy doskonale pamiętają swe złudzenia i omamy. Spostrzeżenia Magnana, na których on oparł swe twierdzenia, są następujące: (*Congrès international des sciences medicales.* Genève, 1878, str. 568).

Żołnierz 40-letni cierpiący na padaczkę i alkoholizm, miał napad padaczki na ulicy, po ocknięciu się z którego nabrał wysokiego wyobrażenia o swojém stanowisku: zdawało mu się, że przechodnie oddają mu pokłony uniżone, wydawał rozkazy, kazał zajeżdżać powozowi i wreszcie w skutek tych dumnych wystąpień na ulicy został zatrzymany i odprowadzony do zakładu św. Anny; tu naraz uległ dręczącym omamom: w ciągu kilku dni prześladowały go koty, myszy, złodzieje, słyszał groźby itd. Przyszedłszy do zdrowia chory ten pamiętał doskonale o zwidywaniach, które tak go dręczyły w zakładzie, natomiast nic nie wiedział o okolicznościach, za które został przytrzymany, i dziwił się bardzo, kiedy mu opowiadano o téj części jego obłędu. Drugie spostrzeżenie jest następujące: 50-letni mężczyzna, chory na padaczkę i alkoholizm, wyobraził sobie po przebyciu napadu padaczki, że jest śledzonym przez jakieś indywiduum, które chce go zgładzić; pod wpływem tych złudzeń chory krzyczy, broni się, a nakoniec rzuca się na służącego, którego chce udusić. Po godzinie chory ten odzyskał zupełny spokój, lecz nie pamiętał czynu gwałtownego, który popełnił. Wieczorem zdawało mu się, że słyszy groźby, obelgi, że widzi zwierzęta, ognie; wpada w stan wysokiéj podniety i spędza całą noc w strachu i skargach, grożąc komuś od czasu do czasu w stanie silnego rozdrażnienia. Na drugi dzień rano chory opowiedział z wszelkiemi szczegółami, co z nim działo się w nocy, lecz nie pamiętał złudzeń, które skończyły się rzucaniem się na służącego, a które miały miejsce wkrótce po napadzie padaczki.

Podzielając w zupełności zdanie Magnana, że u téj saméj osoby, cierpiącéj na padaczkę i alkoholizm, mogą powstać dwa różne po sobie następujące stany, t. j. złudzenia właściwe obłędowi pijackiemu i krótkotrwałe umysłowe zaburzenia odnoszące się do padaczki, winienem dodać, że podobne zestawienie objawów ma miejsce i u tych nałogowych opilców, którzy nie cierpią na istotną padaczkę lecz tylko na objawy padaczkowate. Oprócz tego na podstawie

[1]) T. D. Crothers (Connecticut): *The Trance state in Inebriety with an introduction by George M. Beard* (Hartford 1882). A case of Trance in Inebriety. Alienist et Neurologist. 1882.

własnego doświadczenia utrzymuję, że nawet bez powikłań padaczkowych, w formach samoistnego obłędu pijackiego, przed samém wystąpieniem napadu obłędu zdarzają się stany zwiastujące napad, podobne do somnambulizmu lub epilepsyi psychicznéj, które są wyrazem najwyższego rozwoju złudnych udręczeń. W tych przypadkach chorzy zachowują w pamięci wszystkie męki i udręczenia złudnych wrażeń i obrazów, towarzyszących zwykle ostremu obłędowi alkoholików a natomiast zapominają o wszystkiém, czego doświadczyli podczas okresu zwiastującego napad obłędu.

Niżéj opisać się mający przypadek sądowolekarski jest nader zajmującym nietylko z powodu okoliczności, które mu towarzyszyły, lecz i ze względu na stan umysłowy, pod wpływem którego zbrodnia została dokonaną. Sprawa ta była roztrząsaną przez najwyższą władzę lekarską, t. j. Radę lekarską; przedmiotem badania nie był chory sam, lecz tylko akta urzędowe. Rzecz prosta, że w tych warunkach stan umysłowy przedmiotu badanego nie może zarysować się z całą wyrazistością. Główną osobistością w téj sprawie był p. o. policmajstra miasta prowincyjonalnego, człowiek jeszcze młody, lecz już zastarzały pijak. Pod wpływem wzburzenia umysłowego i nadużyć wyskoku uległ on napadowi ostrego obłędu pijackiego i na dzień przed wybuchem napadu popełnił szereg występków, niewątpliwie wywołanych napadem zaburzenia umysłowego. Objawy cechujące te wykroczenia nie odpowiadają jednakowoż w zupełności postępkom człowieka cierpiącego na obłąd pijacki; przeciwnie dopatrzeć się w nich można piętna téj lekkomyślności i swawoli, która cechuje czyny nałogowych opilców lub też podporządkować je można pod kategoryję tych objawów, które odpowiadają stanowi, mającemu podobieństwo do somnambulizmu i poprzedzającemu nieraz wybuch ostrego obłędu pijackiego. W przytoczonym przypadku istniała zupełna amnezyja, co przemawia na korzyść tego ostatniego przypuszczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

---

## III. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. **J. Mikulicz** w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Czysto teoretyczna strona kwestyi używania rozpylacza dziś w obec licznych dowodów praktycznych wykazujących, że nie jest koniecznym, dla chirurga praktycznego wprawdzie tylko podrzędne ma znaczenie. Gdy przed $3\frac{1}{2}$ rokiem ogłosiłem rozprawę p. t.: *„zur Sprayfrage“*, *Langenbecks Arch. XXV, 4,* znane były tylko doświadczenia Biddera i Trendelenburga a roztrząsanie téj kwestyi już dla tego samego było na czasie, że większa część chirurgów trzymała się jeszcze podówczas rozpylacza z powodów teoretycznych i nie śmieli jeszcze pójść za przykładem wspomnianych dwóch autorów. Ale i dziś każdy myślący chirurg stara się praktyczne doświadczenie pogodzić z teoryją, i dla tego trzeba zastanowić się nad kwestyją używania rozpylacza i ze stanowiska teoretycznego. Nie zamierzam tu rozpisywać się obszernie nad tą kwestyją; czytelnika, którego ona zajmuje, odsyłam do właśnie wspomnionéj pracy. Muszę tu jednak przytoczyć kilka uwag nad zarzutami podniesionemi przez niektórych autorów przeciw moim dowodom.

W pracy téj zastanowiwszy się dokładnie nad działaniem rozpylacza doszedłem do wniosku, „że rozpylacz po za szpitalem jest zupełnie zbytecznym, w szpitalu zaś da się zupełnie zastąpić przez irygacyje antyseptyczne“. Powody były następujące: 1) Zakażenie rany przez powietrze w obec innych źródeł zakażenia mianowicie przez ręce, gąbki, narzędzia i t. p. ma znaczenie nader podrzędne i można wśród pomyślnych stosunków higijenicznych wcale nie zwracać na nie uwagi; 2) działanie mechaniczne rozpylacza polegające na strącaniu drobin pyłu z powietrza nie przynosi samo przez się żadnego pożytku dla rany, lecz owszem może jéj szkodzić; 3) chemiczne działanie rozpylacza jest dla rany korzystném, ale nie dla tego, że oczyszcza powietrze, lecz dla tego, że zlewa samą ranę płynem przeciwgnilnym i tém samém robi ją nieodpowiednią dla bakteryj. Ten wpływ bezsprzecznie bardzo korzystny można jednak osiągnąć i przez irygacyję rany płynem przeciwgnilnym.

Przeciw tym wywodom wystąpili w sposób mniéj lub więcéj stanowczy Wernich [1]), Maass [2]) i Rydygier [3]).

Rydygier przedewszystkiém jest tego zdania, że cały sposób mego dowodzenia już z samego początku jest niedostateczny, gdyż uwzględnia wyłącznie tylko zakażenie z powietrza. Popiera swoje zapatrywanie zdaniem Wernicha, że rozpylacz oprócz zadania usunięcia niebezpieczeństwa powstałego przez zakażenie rany z powietrza ma jeszcze zadanie, poprawić przypadkowe błędy wynikłe z zanieczyszczenia przez ręce, narzędzia i t. p. Na zarzut ten nie mogę się zgodzić z dwóch przyczyn. Raz dla tego, że wynalazca rozpylacza Lister podał go wyłącznie tylko jako przyrząd oczyszczający powietrze, i że po nim prawie wszyscy chirurgowie, a prawdopodobnie i Rydygier sam, używali go przez szereg lat tylko w tym celu. Rozdziały poświęcone rozpylaczowi w przytoczoném już raz dziele Watsona Cheynego przemawiają tak dobitnie za tym sposobem pojmowania Listera, że nie potrzeba dalszych dowodów. Moje wywody musiały się tedy opierać przedewszystkiém na zdaniu ogólnie przyjętém. Pojmowanie rozpylacza jako środka do naprawienia przypadkowych błędów przeciwko antyseptyce, powstało dopiero w nowszych czasach, a zwolennicy jego bronią w ten sposób konieczności jego od chwili, gdy poczęto powątpiewać o jego znaczeniu w celu oczyszczenia powietrza.

Powtóre ja sam w rozprawie swéj dochodzę do wyniku, że chemiczne działanie rozpylacza nie dotyczy tylko wyłącznie zarodków w powietrzu, ale przez zmywanie i impregnacyję rany środkiem przeciwgnilnym powstrzymuje wszelkiego rodzaju zakażenie. Na str. 746 wyraźnie powiedziałem, że irygacyja antyseptyczna (mająca właśnie zastąpić rozpylacz) ma działać przeciw zakażeniu powietrza a nadto ma jeszcze spełnić ważniejsze może zadanie, t. j. poprawić przypadkowe wykroczenia przeciw antyseptyce.

Co do pierwszéj części mego twierdzenia, że zakażenie przez powietrze ma znaczenie nader podrzędne, to godzą się na to dziś nawet ci chirurdzy, którzy stale trzymają się rozpylacza; właśnie to, że się go uważa za sposób ochronny przeciw innym źródłom zakażenia, jest wyraźnym tego dowodem. Nie mam przeto powodu zatrzymać się dłużéj przy téj okoliczności.

Na drugie moje twierdzenie co do mechanicznego dzia-

[1]) *Die Abschaffung des Spray. Deutsche med. Wochenschrift 1880, 48.*
[2]) Referat w *Centralblatt für Chirurgie 1880, Nr. 51.*
[3]) Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwgnilnego? Przegl. Lek. 1881, Nr. 26 i 27.

łania rozpylacza Rydygier nie zgadza się. Za daleko by to prowadziło, i byłoby rzeczywiście zupełnie bez korzyści obszerniéj tu zastanowić się nad mojemi odnośnemi doświadczeniami i wysnutemi z nich wnioskami jako téż przeciwnemi doświadczeniami Rydygiera; wystarczy, jak sądzę, kilka słów. Wychodziłem z zasady podanéj przez Listera, któréj się pierwéj wszyscy chirurdzy trzymali, że należy używać rozpylacza podczas operacyi i zmiany opatrunku, ale nie przedtém; przez doświadczenia doszedłem do tego zdania, że przy tym sposobie działania rozpylacza drobiny pyłu a względnie zarodki zawieszone w powietrzu w większéj ilości opadają na ranę niż bez rozpylacza, że więc mechaniczne działanie rozpylacza raczéj może szkodzić aniżeli pomódz. Natomiast wyraźnie mówię w dopisku (str. 745) i w drugiéj rozprawie, która wkrótce potém się pojawiła [1]), że jest nader odpowiedniém, zwłaszcza w miejscach zakażonych, przed osłonięciem rany stosować na jakiś czas mgłę karbolową dla mechanicznego oczyszczenia powietrza; zwłaszcza radziłbym to czynić przed laparotomiją.

Rydygier z góry przypuszcza, że rozpylacz musi już działać przez jakiś czas przed operacyją. Przez doświadczenie podobne do mojego dowodzi, że skoro przez jakiś czas większa ilość drobin pyłu w skutek działania rozpylacza opadła, powietrze staje się czyściejszém, a więc potém mimo rozpylacza względnie mniéj prochu opada na ranę. Że rozpylacz przy takim sposobie działania, które jednak z pewnością nie odpowiada intencyi i zapatrywaniu przed tém ogólnie przyjętemu, musi działać korzystnie, można także bardzo łatwo wykazać na podstawie moich doświadczeń, a tém samém zgadzają się nasze wyniki w istocie. Trudno więc zrozumieć, dlaczego Rydygier mimo to twierdził, że na podstawie teoretycznego rozumowania i na podstawie doświadczeń doszedł do wprost przeciwnego zdania.

Muszę jeszcze wreszcie zastanowić się nad 3cim punktem dotyczącym chemicznego działania rozpylacza i odeprzeć zarzuty Maassa i Rydygiera. W tym kierunku przyłączyłem się do zdania już przez H. Buchnera wypowiedzianego, że działanie rozpylacza na tém głównie polega, że napaja ranę płynem przeciwgnilnym i tém samém zamienia ją w nieodpowiedni grunt dla rozwoju bakteryj; działanie zaś płynu rozpylacza na zarodki powietrzne, nim opadną na ranę, jest nader słabe, gdyż zwykle używane płyny w obec mocnego rozcieńczenia i krótkiego działania nie wywierają żadnego znaczniejszego wpływu na zarodki.

Rydygier zarzuca mi naprzód, że nie udowodniłem, iż płyny używane w zwykłém zgęszczeniu w obec krótkiego tylko zetknięcia się nie są w stanie zniszczyć zarodków w powietrzu. Widać, że zupełnie musiał przeoczyć, iż zaraz na wstępie rozprawy opierałem się na pracach Nägelego, Buchnera, Frischa i Wernicha, którzy tak jasno wykazali, że działanie kwasu karbolowego jako środka zabijającego bakteryje jest ograniczoném, że osobny dowód w tym kierunku z méj strony byłby zbytecznym. Zresztą wybitny dowód, że słabszy kwas karbolowy nie jest w stanie zniszczyć zarodników trwałych (*Dauersporen*), które głównie stanowią zarodki powietrzne, znajdujemy w klasycznéj pracy Roberta Kocha pod tytułem *„Ueber Desinfection“* w 1szym tomie sprawozdań z cesarskiego Urzędu zdrowia (Berlin 1881). Według Kocha 3% roczyn jest zupełnie bez wpływu na wrażliwe względnie zarodniki wąglika mimo stykania się przez 24 godzin. Po 2 dniowém działaniu widać lekkie upośledzenie rozwoju a dopiero po 7 dniowém działaniu zarodki nie są już wcale w stanie się rozwijać. Nawet 5% kwas karbolowy musi przez 2 dni działać, zanim niszczy zarodki prątków wąglikowych. W obec tych wyników możemy powiedzieć, że 2—3% kwas karbolowy rozpylacza działając prawie tylko przez chwileczkę na zarodki powietrza jest całkiem bez wpływu i sądzę, że dziś nikt już nie zechce bronić rozpylacza w tym kierunku.

Zarówno Maas jak i Rydygier zaprzeczają, jakoby przeciwgnilne działanie rozpylacza polegało na napojeniu rany ciągłą warstwą środka antyseptycznego opadającą w formie deszczu, i że już nieznaczne ilości tego środka ku temu wystarczają. I w tym kierunku praca Kocha podaje nam najlepsze wyjaśnienie. Koch przekonał się, że kwas karbolowy powstrzymuje rozwój zarodników wąglikowych przy rozcieńczeniu 850 do 1250 krotném. Rozcieńczenie 1250 krotne odpowiada 0·08%. Dla powstrzymania rozwoju zatém wystarczy już nader mała ilość środka przeciwgnilnego, podczas gdy te same środki ze względu na zniszczenie zarodków nader słabo działają nawet w najmocniejszém z używanych roczynów. Dla powstrzymania rozwoju innych mikroorganizmów dostających się z powietrza do płynów odżywczych trzeba według Kocha kwasu karbolowego cokolwiek mocniéj zgęszczonego (mniéj więcéj w rozcieńczeniu 500 krotném). Nie jest to jednak niemożliwém, żeby niektóre mikroorganizmy nie były jeszcze wrażliwszemi aniżeli zarodniki wąglikowe. W rozprawie mojéj podaję wprawdzie, że kwas karbolowy na ranach powstrzymuje rozwój bakteryj już w roczczy nie 0·02—0·03%. Nie waham się przyznać dziś, że te liczby są nieco za niskie, muszę jednak nadmienić, że podałem je w przybliżeniu i to na podstawie doświadczeń, które w obec nowszych sposobów badania podanych przez Kocha trzeba nazwać bardzo pobieżnemi.

Choć jednak cyfry przezemnie podane są za niskie, to przecież doświadczenia moje nie tracą na znaczeniu. Napełniłem 4 szeregi epruwetek płynem odżywczym sterilizowanym. Jedne wstawiłem do pieca o ciepłocie 35°C zatkawszy je poprzednio watą, drugie zaś wstawiłem zupełnie otwarte. W pierwszym szeregu nie rozwinęły się żadne bakteryje, w drugim zaś rozwijały się, dostarczając dowodu, że zarodki, które się tam z powietrza dostały, były powodem ich rozwoju. Trzeci i czwarty szereg wystawiłem równocześnie przez pewien czas na działanie rozpylacza, jeden szereg następnie zatkałem watą, drugi pozostał otwartym i wstawiłem je również do pieca. W żadnym z tych dwóch ostatnich szeregów nie rozwinęły się bakteryje; rozpylacz więc w obu szeregach powstrzymywał ich rozwój. Ponieważ w czwartym szeregu i po zadziałaniu rozpylacza ciągle zarodki z powietrza podobnie jak w drugim szeregu musiały się dostawać do epruwetek, to tłumaczyłem sobie powstrzymanie rozwoju bakteryj w ten sposób, że kwas karbolowy, który się dostał do płynu odżywczego z rozpylacza, powstrzymał ich rozwój. Nienmiéj jednak Maas a z nim i Rydygier nie godzą się na to tłumaczenie. Ponieważ w inny sposób wyjaśnić sobie tego nie mogę, to byłoby bardzo pożądaném, gdyby Maas i Rydygier podali, jakie wnioski z tego doświadczenia wysnuli.

Dodać tu jeszcze muszę, że Rydygier nie chce zgodzić się na moje zdanie, że rozpylacz podczas laparotomii

[1]) *Ueber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomieen mit besonderer Rucksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle, Langenbecks Arch. XXXVI, 1.*

jest zbyteczny; ponieważ jednak on sam dla szczególnych powodów przy laparotomijach nie używa rozpylacza, przeto sądzę, że tego zarzutu nie można brać całkiem na seryjo.

Wreszcie chciałbym jeszcze jedną uczynić uwagę. Obrońcy rozpylacza z zanadto wielkim naciskiem zwracają uwagę na tę okoliczność, że on najlepiéj usuwa błędy, które przypadkowo zaszły podczas operacyi. Tak np. mówi Wernich, „że może się zdarzyć, że uprzejmy i pilny gość ulegnie pokusie i dotknie się pola operacyjnego palcem nie zamaczanym w kwasie karbolowym,“ a Rydygier pisze „właśnie przy zwykłych codziennych operacyjach często bardzo ręce nasze stykają się z przedmiotami, których nie możemy nazwać czystemi w znaczeniu aseptycznêm, np. ze stołem operacyjnym, włosami, sukniami itp. Narzędzi i zasuwek nie wkładamy zawsze do naczynia na ten cel przeznaczonego, ale często gdzieś obok na stół.“ Mojém zdaniem jest to bardzo niebezpiecznêm, jeżeli przy operacyi antyseptycznéj dopuszczamy się tak grubych błędów i spodziewamy się, że rozpylacz je poprawi. Operator należycie wyćwiczony w zasadach antyseptyki nie dopuści się wprawdzie nigdy tak ciężkich grzechów; mniéj wprawny jednak, uważając mgłę karbolową za tak dzielny środek antyseptyczny niweczący wpływ szkodliwy wszystkich błędów, z têm mniejszą troskliwością będzie przestrzegał innych ostrożności. Już więc z tego powodu życzyć sobie należy, żeby rozpylacz został zupełnie wyrugowany, żeby za to każden lekarz przestrzegał reszty zasad rzeczywiście istotnych i poczuwał się do odpowiedzialności nawet za najmniejsze uchybienie. (C. d. n.).

---

## IV. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Sok ten tytoniowy zadawaliśmy zwierzętom: na język, do kanału pokarmowego, na skórę obnażoną z naskórka, wstrzykiwaliśmy roztwór wodny tegoż do tkanek, a nadto żaby umieszczaliśmy w wodzie, do któréj dodawano po kilka jego kropli.

Skutek działania w ogóle był zawsze daleko gwałtowniejszy i prędszy, niżeli dymu tytoniowego. Żaba, któréj jednę kroplę tego soku wlano np. do pyszczka, zaczęła się zaraz gwałtownie rzucać na wszystkie strony, następnie drżeć, a w końcu wśród kurczu mięśni brzusznych i tężca ogólnego zdechła w 15—20 minut.

Niekiedy dla wywołania tych objawów u żab trzeba było dawać po dwie a czasami nawet i po trzy krople tego soku, lub zagęszczonego dymu.

Równie jak przez przewód pokarmowy zadawany sok ten, tak i wstrzykiwany pod skórę, i nalewany na skórę pozbawioną naskórka, działał zawsze podobnie.

Króliki, którym naraz dawano po 2—6 kropel soku tytoniowego w ten sam co i żabom sposób, dostawały wszystkich powyżéj przy dymie tytoniowym opisanych objawów, ale nie równie prędzéj i gwałtowniéj i z tą różnicą, że nosa łapą nie tarły, a krew przy sekcyi okazała się zawsze ciemną a nie jasno-czerwoną, jak w zatruciu dymem tytoniowym.

Różnica ta co do barwy krwi zwierząt doświadczanych i trutych dymem tytoniowym, a sokiem jego, każe naturalnie przypuszczać, że oprócz nikotynu, który jako trucizna dawany zwierzętom nie sprawia nigdy krwi jasno-czerwonéj, działa jeszcze i wpływa i inny składnik dymu. I to naprowadziło nas na konieczną potrzebę badania wpływu i działania innych składników dymu.

Doświadczenia te przeprowadziliśmy w następujący sposób. Przedewszystkiém postanowiliśmy przekonać się, czy dym tytoniowy pozbawiony nikotynu jest dla ustroju zwierzęcego szkodliwy czy nie, i jak działa na niego.

W tym celu dym tytoniowy wpuszczany do drewnianego domku, przepuszczaliśmy przez wodę silnie zakwaszoną kwasem siarkowym a nawet i przez sam kwas siarkowy.

W ten sposób, jak wiadomo, zatrzymuje się nietylko nikotyn z dymu, ale także i amoniak i inne zasady, jakieby tu były.

Otóż okazało się, że gaz ten działa trująco na żaby, króliki i inne zwierzęta, ale znacznie powolniéj i nie tak gwałtownie, że śmierć następuje dopiero w 1—2 godzin. Drżenia, drgawek ani tężca tu nie bywa. Czułość zachowuje się, następuje tylko chwianie się, przy ogólnêm mięśniowêm osłabieniu i porażeniu łap przednich.

Krew zwierząt trutych tym gazem była zawsze jasnoczerwoną, cynobrową a tkanki różowe.

Dowód więc najlepszy, że nie wyłącznie nikotyn tylko w dymie wpływa trująco na ustrój.

W gazie tym po usunięciu nikotynu, amoniaku i innych zasad przez kwas siarkowy działać może kw. węglowy, niedokwas węgla, kwas pruski, siarkowodór, ciała aromatyczne, jak kolidyna i inne węglowodory.

Dla usunięcia więc niedokwasu węgla, który jak wiemy w dymie tytoniowym znajduje się zawsze w dość znacznéj ilości, przepuszczaliśmy go następnie przez roztwór chlorku miedziawego w kwasie solnym, który go dokładnie pochłania.

Trujące własności dymu pozbawionego tego składnika jakkolwiek w działaniu swém i szybkości słabły, pozostały jednak zawsze trującemi, tak dla żab jak i dla królików. Krew tylko zwierząt w nim ginących nie była już jasno-czerwona, ale ciemna. Co najlepiéj dowodzi, że barwa jasno-czerwona krwi zwierząt oddéchających i trutych dymem tytoniowym zależy głównie od niedokwasu węgla.

Badaliśmy krew taką próbą sodową i widmową, i otrzymywaliśmy zawsze wyraźne w niéj smugi między D—E gałczenia tlenko-węglowego.

Idąc daléj w usuwaniu z dymu tytoniowego składników trujących, przepuszczaliśmy go następnie przez ług potażu gryzącego, który oprócz kwasu węglowego pochłaniał kwas pruski i inne lotne kwasy. W ten sposób otrzymany a raczéj oczyszczony dym był gazem przeźroczystym, ale miał woń silną i nieprzyjemną, a na przebywające w nim zwierzęta działał choć powoli, ale zawsze jeszcze stanowczo osłabiająco i trująco. Woń ta nieprzyjemna przypominająca nieco woń tytoniu, zależała głównie od ciał aromatycznych dymu tytoniowego, jakoteż niezbadanych dotąd jeszcze węglowodorów.

Dr. Le Bon, któremu udało się otrzymać z wielkiéj ilości tytoniu kilka grm. **kolidyny**, t. j. jednego z owych ciał aromatycznych, w stanie oleistego płynu, robił z nią specyjalne doświadczenia na zwierzętach i przekonał się, że środek ten działa podobnie gwałtownie i trująco, jak nikotyn i kwas pruski, tylko działanie jéj inaczéj się zawsze objawia. Nie

wywołuje bowiem tężca i utraty czucia, ale tylko porażenie łap przednich, osłabienie i śmierć.

Czwarta część kropli wstrzyknięta pod skórę żaby w 10 minut wywołała jéj śmierć. Dwudziesta zaś część uśmierciła żabę dopiero w trzy godziny, co znaczy, że trucizna działać tu może i powoli.

Doświadczenia te dokonywane z wszelką swobodą na zwierzętach, ułatwiają nam znacznie oryjentowanie się co do fizyjologicznego i toksykologicznego działania dymu i składników jego na ustrój człowieka, z którym tak systematycznych jak ze zwierzętami doświadczeń robić nie możemy.

Używaliśmy, jakeśmy to już powyżéj wspomnieli, do badań ludzi, którzy nigdy nie palili tytoniu, umiarkowanych palaczy i namiętnych. Posiłkowaliśmy się téż nadzwyczajnemi przypadkami otrucia i różnemi stanami patologicznemi, powstałemi skutkiem ostrego lub przewlekłego zatrucia tytoniowego, które skrzętnie przez lat kilkanaście zbieraliśmy.

Jeżeli śledzić będziemy człowieka, który po raz pierwszy zacznie palić tytoń i oddechać jego dymem, wtedy stosownie do długości palenia i ilości spotrzebowanego przezeń tytoniu, spostrzeżemy następujące objawy: pewne szczypanie i pieczenie w jamie ustnéj i gardzielowéj; większe gromadzenie się śliny; nudności i mdłości; gniecenie i bóle w dołku podsercowém; zawroty i bóle głowy; bladość i pot zimny na skórze; wymioty; drżenie i ogólne osłabienie. Z początku uczuwa człowiek pewne podniecenie i ruchliwość większą; oddechy i bicie serca przyspieszają się a potém stopniowo zwalniają, następują przypady duszności i trudniejszego oddechania, a serce bić zaczyna coraz wolniéj i nieregularnie. Wydzielanie moczu i stolca jest obfitsze i częstsze, a palącego ogarnia ogólny niepokój.

To są objawy, przez które każdy z palaczy przechodził przy rozpoczęciu palenia, które jednakże występują ostrzéj lub słabiéj, nietylko stosownie do wieku, siły ustroju i stanu zdrowia palacza, ale także stosownie do gatunku tytoniu i długości sposobu jego palenia.

Stwierdziliśmy to na bardzo licznych, a dokładnie przeprowadzonych spostrzeżeniach, robionych na różnego wieku ludziach zupełnie niepalących.

Zupełnie podobne objawy widzieliśmy i na ludziach, którzy sami nie palili tytoniu, ale pozostawali tylko czas dłuższy w powietrzu, przepełnioném dymem tytoniowym. Widzimy więc, że przez oddéchanie dym tytoniowy dostaje się łatwo do ustroju naszego.

Otóż jeżeli człowiek pomimo tych powyżej opisanych objawów pozostaje dłużéj jeszcze w dymie tytoniowym, lub daléj pali, z umysłu, jak to miało miejsce np. w owych zakładach o palenie, o których wspominają prof. Chevalier i Helwig, gdzie zakładający się wypaliwszy po kilkanaście jedna za drugą fajek (12—28) pomarli, wszystkie objawy te wyż opisane potęgują się coraz to bardziéj, tak że owa trudność oddéchania zamienia się w duszność, niekiedy bardzo bolesną, tętno staje się przepuszczającém, a serce bije coraz słabiéj. Boleści z pod dołka sercowego rozchodzić się zaczynają po całym brzuchu, t. j. po kiszkach, a wymioty stają się cuchnące. Osłabienie ogólne i mięśniowe wzrasta tak znacznie, że w skutek zwolnienia zwieraczów tak pęcherza moczowego jak i kiszki stolcowéj mocz i kał odchodzą często mimowoli. Źrenice nadto się rozszerzają. Występują zresztą drgawki, tężec i śmierć.

Oto jest w streszczeniu obraz działania dymu tytoniowego na ustrój ludzki.

Podobne skutki wywoływał dym tytoniowy według opisu Wrighta, u ludzi, którzy przez nakadzanie się, a raczéj siedzenie nad tytoniem palącym się na węglach, chcieli sobie ulżyć w cierpieniach hemoroidalnych. (*Annal. d'hygiene publique etc.* 1874 t. 18).

Sok tytoniowy nadto używany w celach lekarskich na skórę ludzką, szczególnie pozbawioną naskórka, wywierał na ustrój ludzki przez wessanie do krwi równie szkodliwe a podobne skutki. Dowodzą tego liczne doświadczenia i przypadki.

I dymu tytoniowego pozbawionego nikotynu próbowaliśmy i doświadczaliśmy także na ludziach. Wciąganie tegoż z gazometru jak z fajki, i zaciąganie się nim, wywoływało znaczne drażnienie w ustach, w gardzielu i na błonach śluzowych przewodu oddechowego, a nadto u nieprzywykłych do palenia sprawiało nudności, bóle i zawroty głowy, a z początku silne bicia serca, po dłuższém zaś oddechaniu i ogólne osłabienie.

Doświadczaliśmy tego niejednokrotnie na nas samych, robiąc długie doświadczenia na zwierzętach z dymem tytoniowym, w ten sposób pozbawionym pojedynczych składników.

Postrzeżenia te, ściśle prowadzone, dają nam więc wszelkie prawo do wnioskowania o skutkach dymu tytoniowego u człowieka.

Poznawszy w ten sposób objawy działania dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy, zastanówmy się z kolei nad tém, zkąd one pochodzą? Innemi słowy, jak dym tytoniowy fizyjologicznie działa na ustrój ludzki.

Dym tytoniowy ażeby mógł wywrzeć wpływ na ustrój ludzki, musi się koniecznie dostać do krwi, a to odbywa się zazwyczaj w dwojaki sposób, a mianowicie: 1) dostaje się wraz z powietrzem do płuc przez oddechanie, palenie i zaciąganie się dymem, i 2) przez rozpuszczanie się dymu w ślinie jamy ustnéj i dostawanie się z nią do żołądka. Działanie więc jest zawsze naprzód miejscowe od zewnątrz, a potém od wewnątrz przez krew, pochłaniającą składniki jego. Ślinienie się, jakie spostrzegaliśmy szczególnie u królików, jakotéż plucie nadmierne palaczy, oraz w początku stan zaczerwienienia a następnie nieżyt błony śluzowéj gardziela i przewodów nosooskrzelowych, tłumaczy się tém, że dym tytoniowy rozpuszcza się w ich wydzielinie, drażni je, wznieca przekrwienie, i pobudza gruczoły do obfitszego wydzielania.

Im się to częściéj powtarza, tém téż i większe jest przekrwienie i bywa większa ilość wydzieliny. Błona śluzowa nabrzmiewa, rozpulchnia się i czerwieni. I oto początek przewlekłych nieżytów palaczy.

Przekonaliśmy się, że dym tytoniowy pozbawiony nikotynu silnie zawsze drażni błony śluzowe i zwiększa ich wydzieliny. Amonijak odgrywa tu nie małą rolę jakotéż inne ostre składniki, dowodzi to, że wydzielania tego nie możemy tyle uważać za skutek działania nikotynu na krążenie, ile raczéj za następstwo drażnienia włókien nerwowych pobudzających wydzielanie.

W małéj ilości i z początku, jak wiadomo, nikotyn drażni nerwy wydzielnicze, ale w większych dawkach i długo używany poraża je. Ztąd tłumaczy się skąpe stosunkowo plucie starych namiętnych palaczy.

W skutek ciągłego dostawania się śliny nasyconéj dymem tytoniowym do żołądka, błona jego śluzowa również ciągle ulega drażnieniu. Palenie w ilości umiarkowanéj i rzad-

kie, drażniąc gruczoły żołądkowe i pobudzając nerwy ruchowe żołądka i kiszek, zwiększa niekiedy trawienie. Po dłuższém atoli paleniu powiększa się zawsze przekrwienie błony, przez co wywiązują się przewlekłe nieżyty żołądka, brak apetytu, jakotéż i porażenie mięsni przewodu pokarmowego. (C. d. n.)

---

## V. Oceny i sprawozdania.

Robert Koch: **O gruźlicy.**

Koch przeznaczył swoją najnowszą rozprawę: „o gruźlicy" do drugiego tomu „Roczników niemieckiego Urzędu zdrowia," który ma wyjść najdaléj po upływie miesiąca. Przytaczamy wyjątki z téj rozprawy:

Autor na podstawie doświadczenia, że prątki gruźlicze tylko w cieplocie wyższéj nad 30°C. żyć i mnożyć się mogą, i to tylko jeżeli nie ma przewagi innych prątków, wypowiada zdanie bardzo ważne pod względem profilaktycznym, że prątki gruźlicze mogą się rozwijać tylko w ustroju zwierzęcym, a względnie ludzkim. Sąto więc pasorzyty w ścisłém znaczeniu, w przeciwstawieniu np. do prątków wąglikowych, które się rozwijają po za ustrojem zwierzęcym i tu właściwie powstają ich zarodniki.

Jak w ogóle nie ma przykładu na pewno stwierdzonego, żeby prątki nieszkodliwe mogły się zamieniać w odpowiednich warunkach na szkodliwe i naodwrót, tak nie ma téż podstawy do przypuszczenia, że ze zwyczajnych prątków mogą powstać prątki gruźlicze przez odpowiednią hodowlę. A jakkolwiek musimy przypuścić, że prątki gruźlicze wytworzyły się z innych prątków, to jednak stawszy się prawdziwemi pasorzytami przybrały pewne niezmienne własności.

Bardzo wiele prątków ginie dostawszy się na zewnątrz; wobec jednak tak rozpowszechnionéj choroby i w obec tego, że jak doświadczenia Fischera i Schila wykazują, prątki utrzymują swą żywotność w plwocinach gnijących 43 dni a w plwocinach zasuszonych nawet do 186 dni, mają one dość sposobności dostać się do innego ustroju. Najwięcéj więc zaraźliwemi są plwociny zasuszone, tém bardziéj, że te właśnie najłatwiéj mogą ujść uwagi innych osób a cząsteczki ich mogą się dostać w postaci pyłu zawieszonego w powietrzu razem z cząstkami włókien roślinnych lub włosów zwierzęcych itd.; w ten jedynie sposób udzielić się może jad gruźliczy przez wdychanie. Aby się stale zagnieździć w ustroju, potrzebują one pewnych warunków; im te więcéj sprzyjają, tém zakażenie jest szybsze i pewniejsze. Najwięcéj sprzyja takiemu zagnieżdżeniu się brak przybłonka błony śluzowéj narządu oddechowego wytwarzający się skutkiem nieżytu np. w odrze. Ważne znaczenie ma także wadliwa budowa klatki piersiowéj, niedozwalająca dostatecznych ruchów oddechowych i usposabiająca do zalegania wydzieliny w oskrzelach.

Najczęstszą drogą, którą się dostaje jad gruźliczy do ustroju, są płuca, lecz zakażenie może nastąpić i innemi drogami, np. jest bardzo prawdopodobném, że pierwotna gruźlica gruczołów limfatycznych powstaje skutkiem dostania się prątków do nich przez nadwyrężoną skutkiem wyprysku lub innych spraw chorobowych warstwę przyskórkową.

O wiele mniejsze znaczenie aniżeli plwociny suchotników ma gruźlica zwierząt domowych, bo zwierzęta, jak wiadomo, nie wytwarzają plwocin; więc też nie mogą wydzielać na zewnątrz prątków dróg oddechowych a także i w wypróżnieniach ich jelit wyjątkowo tylko można znaleźć prątki. Co się zaś tyczy mleka zwierząt gruźliczych, to nie ulega wątpliwości, że ono może dać powód do zakażenia. Obok tego sposobu mogą ustroje zwierzęce tylko po śmierci przez spożywanie mięsa stać się źródłem zakażenia, i wtedy zmiany pierwotne wytwarzają się w przewodzie pokarmowym. Ponieważ jednak zmiany pierwotne w przewodzie pokarmowym są o wiele rzadsze aniżeli w narządzie oddechowym, można już z tego wnosić, że zakażenie przez spożywanie mięsa zwierząt gruźliczych należy do rzadkości; gruźlica przewodu pokarmowego jako sprawa drugorzędna, wywołana przez połykanie własnych plwocin, jest bardzo częstą.

Mleko krów dotkniętych perlicą tylko wtedy sprowadzić może zakażenie, jeżeli w niém są prątki, zdarza się to w tych przypadkach, w których znajdują się zmiany gruźlicze w gruczołach mlecznych. Autor przechodzi kolejno objawy gruźlicy, starając się je sprowadzić niejako do wspólnego mianownika. Że różne indywidua i różne narządy tych samych indywiduów bardzo różnie oddziaływają na prątki, zależy to z jednéj strony od ilości tych ostatnich, z drugiéj strony od odporności ustroju, a względnie jego pojedyńczych narządów.

Ponieważ prątki gruźlicze nie wykonywają ruchów, potrzebują do swego posuwania się prądu cieczy, ale gruzełki, jak wiadomo, nie posiadają naczyń tylko ich zaczątki; więc nie może tu być mowy o tém, jakoby posuwanie to odbywało się za pomocą krwi przepływającéj przez gruzelki i zabierającéj za sobą prątki, tylko trzeba przypuścić, że rolę przenośników przyjmują na siebie komórki wędrujące.

O gruźlicy wrodzonéj wypowiada K. takie zapatrywanie: Nie ma żadnych podstaw do przypuszczenia, żeby prątki gruźlicze miały się znajdować w ustrojach dzieci w życiu płodowém lub pozamacicznem, a nie wywoływały żadnych zmian, a ponieważ zmiany gruźlicze u płodów i noworodków należą do wielkich rzadkości, więc nie zarodki chorobowe jako takie przechodzą z rodziców na dzieci, tylko pewne własności, które ułatwiają rozwój późniéj się dostających zarodków, a te własności są właśnie tém, co nazywamy usposobieniem.

Wreszcie zwraca K. uwagę, że Cohnheim już przed odkryciem prątków uważał gruźlicę za chorobę zakaźną a więc jego doświadczenia nie posunęły sprawy naprzód, tylko się przyczyniły do tego, że zapatrywanie Cohnheima zyskało ogólne uznanie.

Co do leczenia K. nie żywi wcale zbyt optymistycznych nadziei, aby można znaleźć środki niszczące prątki a nieszkodzące ustrojowi, ale tém większy nacisk kładzie na leczenie ochronne za pomocą odpowiednich środków odrażnych i przez przestrzeganie, aby prątki nie dostawały się do ustrojów zdrowych. Autor przyznaje sam, że wszystkie kroki w celach ochronnych przedsięwzięte będą się musiały liczyć ze stosunkami społecznemi i dla tego zaleca wielką przezorność i rozwagę pod tym względem, aby nakład i szkody wynikłe z kroków profilaktycznych nie przewyższyły spodziewanego rezultatu. (*Wiener med. Blätter* 1884, Nr. 1, 2).

*Dr. Otto.*

Prof. Schulz (w Gryfii): **Przyczynki do leczenia błonicy.**

W pierwszéj części swojego wykładu wylicza S. środki najważniejsze, używane dotąd przeciw błonicy; nad każdym zastanawia się porównywając działanie tegoż z działaniem innych i uwzględniając jego zalety i wady. Dłużéj zatrzymuje się przy pilokarpinie poleconym przez Guttmanna, który chciał przez użycie tego środka działać niejako na ogniska chorobowe od wewnątrz: wśród zwiększonych wy-

dzielin w jamie ustnéj i połykowéj odrywają i rozpuszczają się błony wrzekome i w ten sposób uwalnia się od nich miejsca dotknięte; jest to niejako mechaniczne spławianie błon rzekomych, istoty chorobotwórcze zawarte w nich nie zostają jednak wcale tym sposobem niszczone, a co pozostaje w jamie połykowéj, pośredniczy nadal w szerzeniu się sprawy chorobowéj.

Zdaniem S. należy postarać się o środek, któryby działał w obu kierunkach: nie tylko mechanicznie usuwał nowo powstałe błony, lecz niszczył sam przyrzut choroby, a środkiem takim jest rtęć, względnie jéj przetwory. Myśl tę poruszył już dawniéj Edlefsen, a Rothe podawał już od pewnego czasu chorym swoim sinek rtęciowy w 71 przypadkach zawsze z dobrym skutkiem. Graefe polecał wcierania szaruchy w przebiegu zapalenia spojówki błonicowego.

Działanie przetworów rtęciowych w przebiegu błonicy ma polegać na pewniku, że cała ilość wchłoniętego przetworu rtęciowego bywa wydzielaną jako chlorek rtęciowy. Miejsca dotknięte sprawą chorobową charakteryzują się mnóstwem gruczołów, skoro tedy chlorek rtęciowy dostanie się do ogólnego krążenia i znajdzie się w wydzielinach owych gruczołów, może działać skutecznie przeciw wszystkiemu, co w drodze napotyka i niszczyć jad błonicowy już w saméj krwi. Jakkolwiek ilość rtęci wydzielanéj tą drogą jest nader małą przy zwykłém leczniczém podawaniu téjże, to część wydzielonéj bywa znowu chłoniętą tak, że dawki sumują się i osiąga się rezultat działania znaczniejszy. Wprawdzie rezultaty tego sposobu leczenia nie są zbyt pocieszające, ale doświadczając w klinice prof. Moslera miał do czynienia z przypadkami daleko posuniętemi lub z groźnemi powikłaniami saméj błonicy. S. nie zaleca wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych, podawał on zazwyczaj wewnętrznie w formułce przepisanéj przez Rothego: Sinku rtęciowego 0.01 na 120·0 grm. wody dest. łyżkami lub łyżeczkami co godzina odpowiednio do wieku chorych. Nie gani jednak używania kalomelu lub sublimatu z tém zastrzeżeniem, że dawki powinny być tak małe, żeby niesprowadzały żadnych objawów ze strony narządu pokarmowego. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 1, 1884). *Dr. Schaitter.*

Prof. Henoch: **O pląsawicy**.

W Towarzystwie lekarskiém berlińskiém niedawno temu miał prof. H. wykład o różnych formach pląsawicy z uwzględnieniem tak nazwanéj przez siebie pląsawicy elektrycznéj (*chorea electrica*). Zdaniem jego zdarza się pląsawica u dzieci niżéj lat 6 w ogólności daleko rzadziéj, niż to West w swéj statystyce podaje (pośród 1697 przypadków pląsawicy, zestawionych przez Westa, było tylko 67 przypadków niżéj lat 4 a 158 między 4tym a 5tym rokiem życia). W ostatnim bowiem np. roku obserwował H. tylko 4 przypadki pląsawicy u dzieci niżéj lat 6, z których jednak 2 różniły się zupełnie od zwykłéj pląsawicy (*chorea minor*), gdyż przebieg choroby w obu tych przypadkach był przewlekły, połączony ze zmienném jużto polepszaniem jużtéż pogorszaniem się stanu choroby, a powtóre, ponieważ ruchy pląsawicze w przeciwieństwie do zwyczajnéj pląsawicy zawsze ustawały przy wykonywaniu ruchów zamierzonych prof. H. nie zalicza do zwykłéj pląsawicy dwóch tych przypadków, jak również i wielu innych podobnych, w których ruchy pląsawicze istniały. I tak przed 20 już laty wyróżnił jednę formę pląsawicy pod nazwą pląsawicy elektrycznéj. Podówczas nie mógł nic napotkać w literaturze, coby téj formie odpowiadać mogło z wyjątkiem jednéj małéj pracy: „*Sur le Tic convulsif*“, w któréj opisane były podobne błyskawicze kurcze w zakresie nerwu twarzowego, podczas gdy od czasu ogłoszenia téj formy pląsawicy pojawiło się wiele podobnych przypadków, podanych przez Trousseaua, Bergerona, Cadeta i innych. Z pomiędzy dwóch najświeższych przypadków obserwowanych przez prof. H. dotyczył pierwszy przypadek 12letniego chłopca, u którego błyskawicze kurcze już od 5 lat istniały w zakresie mięśnia czołowo-potylicowego, drugi zaś przypadek odnosił się do 11letniego chłopca, u którego, podobnie jak u pierwszego, powstało cierpienie skutkiem przestrachu, pojawiały się kurcze w zakresie wielu mięśni tak nagle, jak gdyby były wywołane krótkim prądem przerywanym, a nadto występowała chwilowa utrata mowy i słyszeć można było chrapliwy ton wśród ciężkiego wdechu. Pod wpływem leczenia za pomocą prądu stałego ustały zupełnie kurcze; zdaniem jednak H. leczenie elektryczne nie daje zawsze pewnéj rękojmi zupełnego usunięcia choroby.

Daléj zdarzają się w pląsawicy elektrycznéj takież błyskawicze kurcze, które są jednak połączone z istotnemi kurczami pląsawiczemi.

Jeżeli więc wykluczymy i tę formę pląsawicy od właściwéj pląsawicy, to musimy najprzód uwzględnić jako formę téj ostatniéj tak zwaną przypadową pląsawicę (*chorea symptomatica*), która ma zależeć od pewnych materyjalnych zmian w ośrodkach nerwowych. Forma ta zdarza się w gruźliczém zapaleniu osłon mózgowych i w gruźlicy mózgu. W jednym tego rodzaju przypadku, gdzie zapalenie osłon mózgowych rozpoczęło się od bardzo silnego napadu, podobnego do epileptycznego, zachowywała się późniéj lewa połowa ciała zupełnie prawidłowo, podczas gdy prawe ramię i prawa noga, szczególnie przy budzeniu dziecięcia ze śpiączki, gwałtownym rzutom na wszystkie strony ulegała.

Badanie pośmiertne wykazało oprócz gruźlicy wszystkich prawie narządów gruzełek wielkości orzecha laskowego w lewym wzgórku wzrokowym, a więc po przeciwnéj stronie choréj połowy ciała. Ponieważ zapatrywanie, że właśnie to miejsce odgrywa pewną rolę przy objawach pląsawicy połowiczéj, drżączki i t. p., coraz większém cieszy się uznaniem, dla tego przypadek ten zasługuje na naszą uwagę. Prof. H. nadmienia atoli zarazem, że przy obecności gruzełków w móżdżku i wzgórkach wzrokowych nie koniecznie wystąpić muszą ruchy pląsawicze, jak to u 4letniéj dziewczyny napotkał, która przez 3½ miesiąca w jego klinice leżała, że powtóre w zwykłéj gruźlicy mózgu bez współcierpienia wzgórków wzrokowych przecież pląsawica się pojawia, że wreszcie w opisanym przypadku pląsawica była utajoną aż do wystąpienia gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Jeżeli więc nie chcemy przypisywać wyłącznego znaczenia gruźlicy wzgórków wzrokowych, to przecież przyznać musimy, że nawet u dzieci pewne zmiany w mózgu (najczęściéj gruzełki) są w stanie wywołać pląsawicę. Do téj saméj kategoryi należy u dorosłych pląsawica tak zwana poporażenna (*chorea posthemiplegica*). W ogólności jest prof. H. zdania, że wszystkie formy częściowéj pląsawicy o wiele groźniejszego są znaczenia, niż formy ogólnéj pląsawicy.

Drugą formę odmienną od tak zwanéj pląsawicy mniejszéj, stanowi pląsawica macicznicza (*chorea hysterica*). Trousseau przytacza tego rodzaju przypadki, obserwowane u starszych panien, u których ruchy pląsawicze w połączeniu z ma-

cinnictwem istniały. U dzieci, u których macinnictwo istnieć może, nie spostrzegł H. wyraźnych form tego rodzaju pląsawicy.

Do trzeciéj grupy zalicza H. zwykłą pląsawicę *(chorea minor)*. Jest ona właściwą chorobą dzieci, i odznacza się ograniczoném trwaniem, kończy się prawie zawsze wyzdrowieniem, jakkolwiek posiada wielką skłonność do powrotów, i wyszczególnia się wreszcie brakiem wszelkich zboczeń w czuciu i brakiem porażeń, które, chociaż tu i owdzie pojawić się mogą, nie są przecież nigdy istotnemi porażeniami, lecz tylko stanami przemijającego osłabienia mięśniowego. Do téj formy chorobowéj najwięcéj jest zbliżoną u dorosłych pląsawica ciężarnych.

We wszystkich tych formach pląsawicy bez względu na jéj przyczynę jest jednaki właściwy rodzaj ruchów. Musimy dla tego téż dopatrywać jednego i tego samego źródła tych ruchów. Ponieważ ruchy pląsawicze polegają na zaburzoném kojarzeniu ruchów a nie na kurczach drgawkowych, jak się to w tężcu lub epilepsyi zdarza, przeto pląsawica polegać musi na drażnieniu bliżéj nam nieznanego ośrodka kojarzącego ruchy. Pierwotnie oznaczano jako siedzibę choroby rdzeń pacierzowy, opierając się głównie na doświadczeniu, że zwierzęta po odcięciu głowy wykonywają jeszcze często ruchy jak przy lataniu lub skakaniu, i że ruchy pląsawicze chorych psów trwają jeszcze daléj po przecięciu rdzenia pacierzowego. Jednakowoż już wpływ chloralu i snu, wśród którego pląsawica ustaje, wskazuje, zdaniem H., że raczéj mózg jest siedzibą choroby, a nie rdzeń pacierzowy.

Za tém zapatrywaniem przemawiają nadto zmiany w psychiczném zachowaniu się, jak np. płaczliwe, drażliwe usposobienie, które się spotęgować może do halucynacyj, zachwytu a nawet obłędu, daléj objawy pląsawicy połowiczéj, współudział mięśni twarzowych, a wreszcie niezaprzeczony wpływ wzruszeń psychicznych na powstanie choroby. I tak w przypadkach spostrzeganych przez H. wywoływał najczęściéj przestrach bezpośrednio pląsawicę.

Musimy więc uważać za źródło ruchów pląsawiczych drażnienie nieznanego nam jeszcze ośrodka kojarzącego ruchy w mózgu. Drażnienie to wywołane być może: 1) przez bezpośrednie materyjalne przyczyny, w skutek czego powstaje pląsawica przypadowa i 2) przez bodźce, tak zwane dynamiczne, do których należą bodźce psychiczne i odruchowe. Do tych ostatnich należy ciąża, podczas gdy czerwie niesłusznie zalicza się do przyczyn wywołujących pląsawicę. Jako dalszy przykład pląsawicy na odruchowéj podstawie spoczywającéj przytacza H. przypadek, który prof. Demme obserwował. U 13miesięcznego dziecięcia z rozpadliną ujścia stolcowego *(fissura ani)* występowała po lewéj stronie pląsawica na 3 lub 5 dni przed oddaniem kału, co się zaledwie co 10 dni odbywało. W 3 do 5 godzin po oddaniu stolca znikała pląsawica, a po zagojeniu się rany ustąpiła na zawsze. Dalszą przyczyną pląsawicy są: 3) zmiany krwi istniejące np. w niedokrwistości lub po pewnych chorobach zakaźnych (płonicy, błonicy, odrze), a wreszcie 4) gościec. Zdaniem H., nie należy występującéj w gośccu pląsawicy tłumaczyć odruchowém podrażnieniem pochodzącém od osierdzia, gdyż zdarza się ona nietylko w ostrym gośccu stawowym, niepołączonym wcale ze schorzeniem serca, ale także w bezgorączkowém cierpieniu gośccowém, jak np. w gośccu mięśni karkowych (*torticollis*). (*Berliner Klin. Wochenschrift* Nr. 52 1883). *Dr. Prus.*

C. Braun Fernwald: **Dwanaście operacyj cięcia cesarskiego według metody Porry.**

Operacyje te wykonano w przeciągu sześciu lat. W 11 razach trzymał się B. ściśle metody Porry, raz zapuścił kikut maciczny w jamę brzuszną, a chora umarła w skutek zapalenia otrzewny wywołanego prawdopodobnie krwotokiem następowym z kikuta. Wskazanie zawsze było bezwzględném. Miednice zwężone były częścią skutkiem krzywicy (9), częścią skutkiem rozmiękczenia kości (3); wszystkie o wymiarze prostym niżéj 6 cm. Na 12 przypadków osiągnięto zupełne uzdrowienie 7 razy, częściowy rezultat raz, śmierć nastąpiła w 4 przypadkach. Dzieci wydobyto 11 żywych, jedno pozornie nieżywe. Ciężar dzieci wynosił od 2.200 do 3.700 grm. Cztery ostatnie operacyje wykonano przed rozpoczęciem jeszcze porodu, pierwsze ośm wśród bólów porodowych.

Na podstawie korzystnych takich wyników poleca B. gorąco metodę Porry z modyfikacyjami Müllera, Hegara, Veita i sądzi, że w ten sposób wykonywać ją może każdy lekarz praktyczny na prowincyi. (*Wiener med. Wochenschr.* 1883 *45, 46*). *Dr. Kohn.*

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

**Posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak. odbyte d. 9 stycznia 1884.** Przewodniczący kol. Obaliński. Obecnych członków 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Obaliński ustępując z urzędu przewodniczącego nadmienia, iż jedyném jego staraniem przez cały ciąg urzędowania było dobro Towarzystwa: o ile zaś z tego zadania się wywiązał, nie do niego oceniać należy. Po tém przemówieniu zabiera głos kol. Rydel; oddając ustępującemu przewodniczącemu należne uznanie za sumienną i gorliwą pracę około rozwoju Towarzystwa wzywa obecnych, aby mu przez powstanie podziękowali. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

3) Nastąpiło odczytanie sprawozdań pojedyńczych członków Zarządu Towarzystwa z czynności roku ubiegłego, w następującym porządku:

*a)* Sprawozdanie Sekretarza stałego kol. Jordana;
*b)* „ Podskarbiego kol. Zarewicza;
*c)* „ Biblijotekarza kol. Murdzieńskiego;
*d)* „ Komisyi redakcyjnéj przez kol. Grabowskiego;

*e)* kol. Mars zdaje sprawę z kontroli rachunków za rok ubiegły tak kasy Towarzystwa jak i kasy Przeglądu Lek. Oświadcza, iż znaleziono je w największym porządku i wnosi, aby Zgromadzenie udzieliło obu kolegom zawiadującym kasami (koll. Zarewiczowi i Grabowskiemu) absolutoryjum i wyraziło im podziękowanie za całoroczną czynność. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto. Sprawozdawca czyni daléj wniosek, aby dla zachęcenia autorów Towarzystwo wyznaczyło rocznie pewną kwotę na wynagrodzenie najlepszéj pracy w „Przeglądzie Lek." w ciągu roku umieszczonéj. Po przemówieniu kol. Redaktora, który sprzeciwia się temu wnioskowi stanowczo twierdząc, iż zachęta taka w obec stanowiska Przeglądu jest zbyteczną, Zgromadzenie uchwala na wniosek Przewodniczącego odesłać tę sprawę do Komitetu.

*f)* Sprawozdanie Komisyi balneologicznéj przez kol. Ściborowskiego.
*g)* „ Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha przez kol. Oettingera.
*h)* „ delegata do komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowskiego.

4) Kol. Jordan przedstawia Zgromadzeniu do przyjęcia do wiadomości projekt zmian Statutu Tow. lek. galicyjskich. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj brali udział koll. Kohn, Oettinger,

Jordan, Rydel i Przewodniczący, Zgromadzenie zgadza się na przedstawione zmiany statutu.

5) Po załatwieniu tych spraw administracyjnych dotychczasowy Przewodniczący kol. Obaliński, dziękując Towarzystwu za zaufanie, którém go obdarzyło, zaprasza wybranego Prezesa kól. Kwaśnickiego do zajęcia swego miejsca. Nowowybrany przewodniczący w dłuższéj przemowie wyraża swą wdzięczność za powołanie go do spełniania tak zaszczytnych obowiązków, które w myśl statutu wykonywać będzie. Główną zwróci uwagę na wypełnianie posiedzeń Towarzystwa poważną ilością i doborową jakością odczytów i to we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiéj. Dla tego wzywa kolegów specyjalistów do zdawania sprawy na tychże posiedzeniach z postępu nauki w poszczególnych gałęziach medycyny: referaty takie, umieszczone w Przeglądzie Lekarskim, przyniosą z jednéj strony wielką usługę kolegom na prowincyi, z drugiéj strony ułatwią organowi Towarzystwa spełnienie jego literackiego zadania. Również zachęca mówca kolegów lekarzy praktycznych do brania czynnego udziału w posiedzeniach Towarzystwa. W dalszym ciągu zastanawia się mówca nad ogólnolekarskiém i narodowém znaczeniem Zjazdu poznańskiego, który powinien się odznaczać licznemi i doborowemi odczytami i dla tego mówca wzywa obecnych do zajęcia się tą sprawą z zapałem i energiją, na które Zjazd zasługuje. Wreszcie zaznaczając, iż usiłowania jednego człowieka nie wystarczą do dopięcia wyższych zadań Towarzystwa, oświadcza, iż liczy na poparcie tych wszystkich, którzy oddając mu swe głosy poniekąd do tego się zobowiązali i kończy słowami: jeśli zasada „mierz siłę według zamiarów“ jest słuszną, to zamiary jego są jak najszczersze a wola jak najlepszą.

6) Kol. Mikulicz zwraca uwagę na niewłaściwość dotychczasowego ogłaszania sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa w Przeglądzie Lekarskim: sprawozdania te bowiem są zbyt krótkie i zbyt późno umieszczane. Czyni więc wniosek, aby w następnym zaraz numerze Przeglądu po posiedzeniu Tow. lek. szczegółowe sprawozdania z rozpraw naukowych ogłaszano. W dyskusyi nad tym wnioskiem zabierali głos koll. Obaliński, Gluziński Antoni, Oettinger, Paszkowski, Rydel, poczém na wniosek kol. Blumenstoka Zgromadzenie uchwala wniosek kol. Mikulicza odesłać do Komitetu Towarzystwa.

7) Zgromadzenie wybiera jednogłośnie Dra Kazimierza Krasuskiego, lekarza w Nowo-Mińsku, członkiem korespondentem Towarzystwa.

8) Wreszcie kol. Blumenstok zawiadamia Zgromadzenie, iż do Komisyi redakcyjnéj zaproszeni zostali koll. Jordan, Kopff i Murdzieński.

Na tém posiedzenie zakończono.

*Dr. Szymkiewicz.*

**I. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 23 stycznia 1884 r.**

Przewodniczący kol. Kwaśnicki, członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie, iż Komitet Towarzystwa na posiedzeniu d. 18 stycznia b. r. odbytém, uchwalił stosownie do wniosku kol. Mikulicza, aby odczyty i dyskusyje naukowe, odbywające się na posiedzeniach Towarzystwa, były drukiem w najbliższym numerze Przeglądu Lek. ogłaszane. W tym celu Towarzystwo dodaje Sekretarzowi do pomocy stenografa w osobie kol. Gluzińskiego młodszego.

Po krótkiéj dyskusyi uchwała Komitetu zostaje przez Zgromadzenie jednomyślnie przyjętą.

3) Kol. Schramm mówi o „laparotomii w niedrożności jelit“.

Po krótkiéj wzmiance historycznéj przechodzi mowca kolejno zarzuty podnoszone przez przeciwników laparotomii w niedrożności jelit przeciwko téj operacyi. Co do rozpoznania uważaj za rzecz bardzo ważną, że rozpoznanie ogólne niedrożności nie przedstawia zwyczajnie znacznych trudności, pomieszanie z innemi stanami chorobowemi, jak ostrém zapaleniem otrzewny, kamieniami nerkowemi lub żółciowemi, ostremi zatruciami itp. należy do wyjątków: przy nieco dłuższéj obserwacyi dadzą się one wykluczyć. Rozpoznanie szczegółowe siedziby i rodzaju niedrożności jest znacznie trudniejsze, gdyż wszystkie podawane w tym celu oznaki, jakoto miejscowy ból, wcześniejsze lub późniejsze występowanie wymiotów kałowych, skąpsze lub prawidłowe wydzielanie moczu, wzdęcie różnych okolic brzucha, rzadko są tak wybitne, aby na nich oprzeć pewne rozpoznanie. Ważne wyniki może dać badanie brzucha zwłaszcza po uśpieniu chorego, daléj badanie wszystkich bram przepuklinowych, jako téż badanie odbytnicy palcem lub zgłębnikiem, przyczém można się przekonać, czy przeszkoda drożności jelit nie znajduje się w odbytnicy lub dolnéj części zgięcia esowatego. Badanie Simona uważa mówca według doświadczeń w klinice prof. Mikulicza zrobionych za niebezpieczne i nie dające pewnych wyników. Rozpoznanie ścisłe rodzaju niedrożności z wyjątkiem wgłobienia i nowotworów jest tylko w wyjątkowych przypadkach możebne, bardzo często musimy się ograniczyć do rozpoznania prawdopodobnego; téj niepewności w ściślém rozpoznaniu nie należy jednak uważać za przeciwwskazanie do laparotomii i w takich razach laparotomija próbna jest zupełnie usprawiedliwiona, a nawet w obec małéj nadziei wyleczenia chorego innemi sposobami stanowczo wskazana.

Niemożebność wyszukania przeszkody nie jest również przeciwwskazaniem do operacyi, gdyż przypadków, w których się to zdarzyło, jest dotąd bardzo mało, a przy udoskonalonéj technice operacyjnéj można będzie ich całkiem uniknąć.

Niemożebność usunięcia znalezionéj przeszkody nie przemawia przeciw laparotomii, lecz za wczesném jéj wykonaniem. Również przy obecnym stanie chirurgii laparotomija sama przez się nie jest zabiegiem bardzo niebezpiecznym, a wreszcie w obec niepomyślnych wyników leczenia wewnętrznego téj choroby nie godzi się laparotomii zaniechać dla tego, że wyleczenia samoistne czasem się zdarzają.

Prof. Mikulicz wykonał laparotomiję w ubiegłym roku 2 razy, raz z powodu zwęźlenia, drugi raz z powodu wgłobienia kiszki grubéj. Pierwszy chory mężczyzna 27-letni przybył do kliniki w 8 dniu choroby. Rozpoznanie brzmiało: niedrożność jelit prawdopodobnie wskutek skręcenia i zapalenia otrzewny. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono dość obfitą wypocinę, surowiczo włóknikową, zwęźlenie kiszek cienkich, które dość łatwo usunięto. Przebieg po operacyi był przez pierwsze 4 dni zupełnie pomyślny, stolec prawidłowy już w kilka godzin po operacyi. Na czwarty dzień wystąpiło zapalenie płuc. Rana w ścianie brzusznéj się rozeszła odsłaniając pętlę kiszki, w któréj przyszło do częściowéj zgorzeli. Przez powstałą przez to przetokę wylewała się prawie wszystka treść jelit i chory umarł w 4 tygodnie po operacyi z powodu wyniszczenia. Sekcyi nie było. Druga chora 24-letnia kobieta z wybitnemi objawami wgłobienia kiszki grubéj operowana była również w 8 dniu choroby. Zapalenia otrzewny nie było wcale, miejsce wgłobienia znaleziono łatwo, rozwinięcie wgłobienia długie na 30 cm. udało się z niejakim trudem. Przebieg był w pierwszych dniach zupełnie pomyślny, na 3 dzień jednak wystąpiło zapalenie płuc, w 3 tygodnie przyłączyło się zapalenie kołomaciczne, bolesność i obrzęk wątroby, ustawiczna gorączka wśród objawów ropnicy, chora umarła w 4 tygodnie. Sekcyi nie było.

Oprócz tych 2 przypadków zebrano z literatury 188 przypadków a śmiertelność z nich obliczona wynosi po laparotomii z powodu niedrożności 64·2%. W ostatnich czasach jednak wyniki téj operacyi znacznie się poprawiły, gdyż w przypadkach operowanych przed poznaniem leczenia przeciwgnilnego śmiertelność wynosiła 73%, a przy operacyjach wykonanych po roku 1872 tylko 58%.

Obok leczenia przeciwgnilnego najważniejszy wpływ na wynik operacyi ma czas, w którym operacyję się wykonywa: szanse wyleczenia są tém lepsze, w im wcześniejszym okresie choroby się operuje. W przypadkach gwałtownych, gdzie objawy wzmagają się nagle i zapad szybko występuje, nie należy się ociągać z operacyją i przystąpić do niéj już w ciągu 24 godzin. W innych mniéj nagłych przypadkach można nieco dłużéj czekać, lecz chory na czekaniu nic nie zyskuje. Wszystkie środki wewnętrzne można wyczerpać w ciągu 24 do 36 godzin. Jeżeli one w tym czasie nie pomogą, to zostaje bardzo mało nadziei, aby one późniéj mogły mieć skutek, zatém po upływie tego czasu najracyjonalniéj jest w każdym przypadku przystąpić do otwarcia jamy brzusznéj i usunięcia przeszkody rękami.

Następnie przechodzi mowca kolejno różne przyczyny niedrożności i dowodzi, że we wszystkich rodzajach bez względu

na wiek, zatém nawet u bardzo młodych dzieci, laparotomija jest wskazaną i może dać bardzo dobre wyniki, gdyż w przypadkach, gdzie po operacyi téj nastąpiła śmierć, tam prawie bez wyjątku przyczyną niepomyślnego zejścia było zapóźne wykonanie operacyi. Jedynie tylko w pewnych rodzajach wgłobień, które wystąpiły przez otwór stolcowy, odjęcie wypadłéj części kiszek może mieć pierwszeństwo przed laparotomiją. Przechodząc do opisu operacyi kładzie mowca nacisk na konieczność postępowania ściśle przeciwgnilnego i ważność spokojnego i głębokiego uśpienia. Najlepsze jest cięcie w linii białéj, tylko przy bardzo wybitnym obrzęku w jamie brzusznéj należy się pierwszeństwo cięciu wprost nad obrzękiem. W celu powstrzymania wypadających kiszek konieczne jest przytrzymanie ich w jamie brzusznéj za pomocą kompresów wygotowanych i leżących w ciepłym 1% roztczynie karbolu, poczém następuje szukanie przyczyny niedrożności jakotéż jéj usunięcie. Przy niepewném rozpoznaniu dobrze jest szukać miejsca zaciśniętego przez kolejne wyciąganie pętli jelit aż do miejsca przeszkody. W razie jeżeli przeszkoda leży głęboko w miednicy małéj, może być konieczne wyjęcie kiszek na zewnątrz jamy brzusznéj, przyczém należy je owinąć w ciepłe przeciwgnilnie przygotowane kompresy. Po usunięciu przeszkody, przyczém postępowanie według jéj rodzaju i stanu kiszki musi być oczywiście różne, następuje toaleta otrzewny i zespojenie rany brzusznéj. W pewnych przypadkach wgłobień i skręceń, w których kiszka okazuje dążność do powracania w nieprawidłowe położenia, może być wskazane przyczepienie najruchliwszéj pętli jelita do ściany brzusznéj. Dalszy los operowanych rozstrzyga się zwyczajnie w ciągu pierwszych 24 godzin, po upływie których szanse wyleczenia rosną prawie z każdą godziną.

W końcu opisuje mowca polecaną przez niektórych autorów punkcyję jelita lub otwarcie kiszki (enterotomiję), i porównywając tę operacyję z laparotomiją przyznaje téj ostatniéj stanowczo pierwszeństwo. (Dok. n.)

## VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Zjazd IV. międzynarodowy weterynarzy w Brukseli od 10—16 września 1883.

Po załatwieniu spraw biurowych zajmował się Zjazd 1. Sprawą organizacyi służby weterynarskiéj; 2. Zarazą płucną; 3. Sprawą nauki weterynarskiéj; 4. Utrzymywaniem aptek weterynarskich, i zakazem utrzymywania tychże przez empiryków; 5. Perlicą.

Co do zarazy płucnéj zapadły następujące uchwały:

*A.* Rozróżnienie choroby.

1. Każde zapalenie płuc zrazikowe i zarazem międzyzrazikowe niezależne od przyczyn miejscowych urazowych uważać należy za zaraźliwe. 2. Ze stanowiska fizyjologicznego cechuje się zaraza płucna na zwierzęciu żywém głównie zaraźliwością i objawami zapalenia płuc zrazikowego. 3. W stajni zapowietrzonéj: *a)* należy uważać bydlę jako zarazą dotknięte, gdy okazuje stan gorączkowy albo przypady cierpienia płucnego; *b)* jako podejrzane o zarazę każde zwierzę znajdujące się w stajni zapowietrzonéj, albo jeżeli w czasie ostatnich 3ch miesięcy tamże przebywało albo w inny sposób mogło być na tę chorobę narażone.

*B.* Środki ochronne przeciwko zarazie.

1. Ponieważ zaraza płucna pod względem policyjno-sanitarnym jest chorobą czysto przyrzutową i nie da się uleczyć, przeto należy użyć przeciwko niéj wszelkich środków, jakie przeciw zaraźliwym, zabójczym i nieuleczным chorobom są wskazane. 2. Zwierzęta zarażone i podejrzane o zarazę należy jak najrychléj zabić. 3. Zwierzęta podejrzane o zarazę i narażone na nią należy oddzielić albo zabić. Zabicie zwierząt podejrzanych o zarazę jest głównie wtedy wskazane, jeżeli choroba wyjątkowo albo pierwszy raz wybuchnie w stajni wyraźnie z liczną oborą albo w takiéj okolicy. Doświadczalnie stwierdzono, że bydło rogate przez szczepienie da się od zarazy płucnéj uchronić. 5. Szczepienia ochronnego nie należy przedsiębrać, jeżeli zaraza płucna nie panuje w okolicy; szczepienie z konieczności, t. j. wtedy, gdy zaraza pomiędzy dobytkiem panuje, można dopuścić, ale nie powinno być obowiązkowe. 6. Szczepić powinien zawsze tylko weterynarz. 7. Nie dowiedziono, aby zwierzę zaszczepione mogło zarazić zdrowe zwierzę. 8. O szczepieniu zwierząt należy donieść właściwéj władzy. 9. Zwierzęta odosobnione należy oddzielnie spisać i opatrzyć piętnem. 10. Zwierzęcia podejrzanego o zarazę nie wolno bez pozwolenia władzy policyjnéj miejscowéj wyprowadzać ze stanowiska. Wolno zwierzęta takie tylko transportować pod dozorem policyjnym wśród warunków szczególniejszych i zdolnych zapobiedz szerzeniu się zarazy. 11. Każdą sztukę bydła na sprzedaż przeznaczoną należy zaopatrzyć w świadectwo zdrowia stwierdzające, że nie panowała zaraza w okolicy, z któréj zwierzę pochodzi w ostatnich 6 tygodniach. 12. W przypadkach, jakie ma oznaczyć weterynarz, można zarządzić, aby targów nie odbywano, nie wprowadzano jednokopytnych zwierząt z okolic podejrzanych, aby odbywały zwierzęta kwarantanę, stawiano na drogach prowadzących do zapowietrzonych obór albo okręgów znaki ostrzegające, umieszczano tabliczki ostrzegające, rozpowszechniano pouczenia drukowane o obowiązkach i środkach mających na celu zapobiedz pojawieniu i szerzeniu się zarazy. 13. Ściśle kontrolować należy nie tylko zwierzęta, ale także *a)* targowice bydła; *b)* bydło umieszczone czasowo w stajniach w pobliżu targowic; *c)* stajnie z liczniejszym dobytkiem, w którym się bydło często zmienia i gdzie choroba już kilkakrotnie wybuchała. 14. Odosobnienie musi trwać przynajmniéj 45 dni od czasu, jak się zakończył ostatni przypadek choroby. 15. Po zniesieniu zamknięcia należy wypalić bydłu drugie piętno, któreby znosiło znaczenie pierwszego. 16. Mięso bydlęcia bitego można dopuścić do spożywania przez ludzi tylko za zezwoleniem weterynarza oglądającego bydlę. 17. Skóry można użyć, jeżeli przynajmniéj 24 godzin mokła w jakim płynie odwietrzającym. 18. Zwłoki i części tychże niezdatne do spożycia należy albo zakopać albo tak zmienić, aby wcale nie było szkodliwe. 19. Stajnie, place targowe i sprzęty służące do przewożenia chorego i podejrzanego bydła należy pilnie oczyścić i odwietrzyć i to pod dozorem weterynarza. 20. Do stajni należycie odwietrzanéj można znowu bydło wprowadzać. 21. Pastwiska przez chore bydła używane należy zamknąć przez 14 dni po opuszczeniu go. 22. Wszystkie przedmioty, osobliwie narzędzia używane przy biciu i zakopaniu chorych i podejrzanych bydląt, należy zniszczyć albo w właściwy sposób odwietrzyć. Słomy i siana można użyć dla koni albo dla innych bydląt jednokopytnych. 23. Osoby powalane odpadkami chorych i podejrzanych bydląt powinny sobie ręce obmyć, ubranie oczyścić albo wymyć a obuwie odwietrzyć właściwym płynem. 24. Osoby i zwierzęta mogące przewlec zarazę powinny się z dala trzymać od bydląt chorych, od ich zwłok i ich odpadków. 25. Szkodę za bydło bite z polecenia rządu i za odwietrzanie należy wynagrodzić właścicielowi. Odszkodowanie ma wynosić $^4/_5$ wartości bydlęcia, a gdy bydlę po sekcyi okazało się zdrowém, całkowitą wartość bydlęcia; wartość części zdatnych do użycia należy odciągnąć od sumy szacunkowéj. 26. Postępujących przeciwko tym przepisom policyjnym należy surowo karać. 27. Dobra organizacyja policyi weterynarskiéj najwięcéj zapewnia stosowne użycie polecanych środków. 28. Ostatnim i dzielnym środkiem dla stłumienia zarazy płucnéj byłoby użycie tych znanych środków, jakich używają przeciwko mszycy w winnicach. Międzynarodowa zgoda co do głównych zasad stanowić powinna podstawę odnośnéj ustawy przeciwko zarazie.

Po długiéj dyskusyi powzięto co do perlicy następujące uchwały: Mięso i trzewa z bydląt perliczych można dopuścić do spożycia tylko w tym przypadku, jeżeli choroba dopiero się rozwijała, do małéj części ciała była ograniczoną, gruczoły nie były perlicą zajęte i złogi gruźlicze nie uległy rozpadowi; zresztą mięso powinno okazywać cechy mięsa dobrego i stan zdrowia bydlęcia podczas bicia być zadawalający. Mięsa pochodzącego z bydląt perliczych nie wolno wywozić w obcą miejscowość i nie wolno go sprzedawać w jatkach. Mięso i trzewa okazujące zmiany gruźlicze lub pochodzące z bydląt z wyraźném zakażeniem gruźliczém należy polać naftą i zakopać. Łój wytopiony i skóra z takich zwierząt może być użytą. Oględzin bydląt perliczych ma dopełniać weterynarz i ten oceni, czy mięso może być dopuszczoném do spożycia. Mleko pochodzące ze zwierząt zapadłych na gruźlicę albo o nią podejrzanych nie powinno służyć ani ludziom ani zwierzętom na pokarm. Sprzedaż takiego mleka powinna być surowo zabronioną.

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 6 do 12

stycznia rb. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 mieszkańców łącznie z 6.000 załogi wojskowéj) 76 osób, co odpowiada 34·2 na rok i 1000 ludzi. W tym czasie zmarło z chorób zakaźnych 3 osoby z dyfteryi, 3 z dławca, 2 z duru brzusznego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 41,7. Z ospy umarło 5 (7 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 5 (5 z. t.); z błonicy 3 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach ospy, 1 ospianki, 3 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 6—12 stycznia umarło w Londynie 2 z ospy, leczyło się w szpitalach 117. świeżo zapadło 25. W Paryżu umarło 2, w Budapeszcie 4, w Murcyi i Nowym Orleanie po 5, w Birminghamie i Warszawie po 7, w Maladze 22, w Pradze 33, w Madrasie (od 17—23 listopada) 42. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Warszawie, Amsterdamie i Saragosie po 1. Z Aleksandryi nie doniesiono o żadnym przypadku śmierci z cholery. W Kalkucie umarło z cholery od 11—17 listopada osób 26, w Bombaju od 5—11 grudnia 3, w Madrasie od 17—23 listopada 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,4; we Lwowie 42,3; w Poznaniu 25,2; w Warszawie 32,7; w Budapeszcie 27,6; w Pradze 35,7; w Tryjeście 33,0; w Berlinie 24,9; w Hamburgu 27,3; w Gdańsku 31,3; we Wrocławiu 30,0; w Mnichowie 30,8; w Dreźnie 34,2; w Lipsku 26,9; w Bazylei 20,9; w Brukseli 30,6; w Amsterdamie 30,0; w Paryżu 25,5; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 14,1; w Petersburgu 34,0; w Odesie 32,4; w Rzymie 30,0; w Wenecyi 34,7; w Bukareszcie 29,1; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 32,1; w Filadelfii 23,0; w Bombayu 30,8; w Madrasie 41,9. *J. B.*

## VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 stycznia. Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza, Dr. Aleksander Zarewicz, potwierdzony został przez pana Ministra Oświecenia jako docent prywatny dyjagnostyki chorób syfilitycznych w Uniw. Jagiell.

* Mianowany niedawno profesorem docent prywatny i pierwszy asystent kliniki chirurg. w Berlinie, Dr. Temistokles Gluck, jest synem krakowianina, i wychowańca Uniw. Jagiell., Dra Teofila Glücka, który przed laty przeniósł się z Krakowa do Jass a ztamtąd do Bukaresztu, gdzie dotąd żyje.

* Z „*Medycyny*“ dowiadujemy się, że prof. Cohnheim w Lipsku ciężką złożony jest niemocą, cierpi on na zapalenie nerek z następowemi zmianami w sercu, które obecnie są dlań powodem wielkich dolegliwości. Cohnheim liczy zaledwie lat 41.

○ **Lwów.** Doroczne Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. odbędzie się tu w sobotę dnia 23 lutego o godzinie 10téj. Wszystkie Sekcyje zostały przez Radę zawiadowczą osobnem pismem zaproszone do wyboru Delegatów na to Zgromadzenie.

* **Wiedeń.** W piątek d. 8 lutego Towarzystwo lekarskie odbędzie posiedzenie swe w zakładzie prof. Strickera, gdzie odbędą się demonstracyje przy świetle elektrycznem.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Radca dworu prof. nadzw. pedyjatryi Widerhoffer przedstawiony został przez Wydział lek. jednogłośnie do nominacyi na prof. zwyczajnego. — Dr. Möller, b. asystent prof. Vogla, potwierdzony został jako docent higijeny. — Dr. Edward Zillner, asystent prof. Hofmanna, habilitował się jako docent prywatny medycyny sądowéj i przedłożył pracę o tłuszczowosku. — **Praga.** Z powodu dekoracyi udzielonéj przez Cesarza prof. Maschka przyjęty został przez uczniów swych okrzykami hucznemi a osobna reputacyja wyraziła mu uczucia radosne ze strony wdzięcznéj młodzieży.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami rezerwy: Drowie Atanazy Świstuń i Władysław Białkowski.

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 4: Rosego: O upuście krwi w chorobach serca (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Hoyera: O mikroskopowem badaniu grzybków chorobotwórczych; Kamockiego: Ostre lepieże łącznicy. Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowem zeszyciu pochwy (dok.)

**Redakcyja** otrzymała:

Dra Józefa PAWIŃSKIEGO: Badania kliniczne nad arytmiją serca w ogóle, a w szczególności przy wadach zastawek, wraz z 7 tabl. Warszawa 1884, in 8vo str. 328.

Prof. Dr. MIKULICZ i Dr. SCHRAMM: Przyczynki do chirurgii. Część I, 1883. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) in 8vo str. 99.

Prof. Dr. MIKULICZ: Przyczynek do techniki operacyjnej i następowego leczenia raka migdałków. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek. 1883), in 8vo str. 9.

Tenże: Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kiszkę stolcową, wycięcie kawałka jelita 76 cm. długiego, wyleczenie. (Osobne odbicie z Gazety Lek. 1883), in 8vo str. 7.

Tenże: Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa. (Osobne odbicie z Gazety Lek. 1883) in 8vo str. 10.

Dr. Karol SZADEK: K'woprosu o pozdnem nasledstwennom syfilisie. (Przyczynek do kwestyi o kile późnéj odziedziczonéj). (Osobne odbicie z Medicinskago Wiestnika na r. 1883), in 8vo str. 19.

---

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę d. 6 lutego o godzinie 6téj popoł. w Sali Akademii Umiej. posiedzenie zwykłe, na którem: 1) odbędzie się w dalszym ciągu dyskusyja nad wykładem kol. Schramma o laparotomii, następnie 2) kol. Kopernicki przedstawi czaszki murzyńskie, nadesłane przez Rogozińskiego i wykaże cechy téj rasy; 3) wreszcie kol. Blumenstok zda sprawę z przypadku sądowolekarskiego.

**Sprostowanie.** Na str. 61 Przegl. Lek. szp. 2, w. od góry 2, zam. 1%, ma być 1‰; w. 3, zam. 2,5%, ma być 2,5‰.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

## KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy Jasielskim powszechnym szpitalu z roczną płacą 300 złr.

Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę, zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tut. Zwierzchności gminnéj do 10 Lutego rb.

*Jasło dnia 15 Stycznia 1884 r.*

Burmistrz
*Koralewski* m. p.



Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla